

Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme

Julie Hurier

▶ **To cite this version:**

Julie Hurier. Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02175163

HAL Id: dumas-02175163

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02175163

Submitted on 5 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019 Thèse n° 2019 - 12

Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine Générale

VECU DE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE :

ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE FEMMES EN POST PARTUM DANS LA SOMME

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2019

Par

Julie HURIER

Née le 14 mars 1988

MEMBRES DU JURY :

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Juges :

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX-EL GHEZAL

Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Gynécologie et Obstétrique
Chef du Service de Gynécologie - Obstétrique - Orthogénie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Henri COPIN
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie, Embryologie et Cytogénétique
Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique et CECOS de Picardie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude sincère pour votre participation

à mon jury de thèse.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie, Embryologie et Cytogénétique
Médecine et Biologie de la Reproduction, Cytogénétique et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Je vous remercie de l'attention portée à mon sujet de recherche.

Veuillez recevoir toute ma considération pour votre participation à mon jury de thèse.

Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX-EL GHEZAL

Médecin généraliste à Moreuil

Présidente du Collège des Généralistes Enseignants de Picardie

Je vous remercie pour votre confiance et votre encadrement dans la réalisation de cette thèse.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A **Madame le Docteur Catherine HUETTE**

Médecin Départemental, Responsable du Pôle départemental de PMI,

Conseil départemental de la Somme

Pour son écoute et sa confiance.

Aux équipes des différents services de PMI de la Somme qui m'ont accueillie avec bienveillance et enthousiasme.

A Nicolas, mon soutien inconditionnel, qui a traversé ces années avec moi, et à Léon, notre trésor.

A ma mère, je te dois le goût de la persévérance et de la combativité, merci d'avoir cru en moi.

A ma sœur Fany, à notre lien si singulier.

A Sylvain, à ma belle famille, à ma famille, pour leurs attentions, leurs encouragements.

A Marie et Chacha, notre amitié est née à la BU, est rapidement devenue une évidence à la coloc' et a grandi durant toutes ces années. A toutes ces rencontres, qui ont rendu ces années plus belles, et particulièrement à Benjamin, Camille, Leslie, Jo, Romain, Hélène, Aymeric et Estelle.

A mes co-internes, et surtout à Aline et Marion. Cette thèse est née avec notre amitié, merci d'avoir été là.

A mes co-externes. A Elodie, pour nos longues discussions. L'envie de faire de la médecine générale a germé à tes côtés durant nos stages d'externe.

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail.

À tous ceux que j'ai croisés sur ce bout de chemin : médecins, équipes soignantes, patients, je ne pourrai tous vous citer. Beaucoup ont contribué et contribuent encore chaque jour au médecin que je suis. J'espère honorer dans ma pratique ce que vous m'avez transmis.

A mes maîtres de stage de médecine générale Dr Ledieu, Dr Dupont, Dr Barraud, Dr Leriche, Dr Luciani, Dr De Colnet, qui m'ont transmis leur passion du métier.

A toutes les mères et tous les enfants nés pendant ce travail de recherche.

GLOSSAIRE

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Addictologie

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CO : Monoxyde de carbone

DGS : Direction Générale de la Santé

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

RR : Risque Relatif

SFA : Société Française d'Alcoologie

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitement Substitutif Nicotinique

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 19
1. L'impact sur la santé de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse 19
1.1. Le tabac 19
1.2. L'alcool 19
2. Les moyens de lutte contre les consommations de tabac et d'alcool pendant la grossesse 21
2.1. Les principales mesures législatives 21
2.2. Les principales mesures de prévention collective 21
2.2.1. Au niveau de la consommation d'alcool 21
2.2.2. Au niveau de la consommation de tabac 22
2.3. Etat des lieux des moyens individuels 23
2.3.1. Le dépistage 23
2.3.2. Les différents modes de prise en charge 24
3. Etat des lieux de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse 24
3.1. Au niveau de l'alcool 24
3.2. Au niveau du tabac 25
4. Justification du travail 25
II. MATERIEL ET METHODE 27
1. Type d'étude 27
2. Population étudiée 27
3. Modalité de recrutement des femmes 27
4. Script d'entretien 28
5. Déroulement et lieu de l'étude 29
6. Recueil des données 30
7. Retranscription 30
8. Méthode d'analyse 31
III. RESULTATS 32
1. Données générales de l'étude 32
1.1. Les entretiens 32
1.2. Caractéristiques sociologiques de l'échantillon 33
1.3. Caractéristiques de la consommation de tabac et d'alcool 34
2. Analyse du contenu des entretiens 34
2.1. Les représentations de la consommation de tabac pendant la grossesse 34

2.1.1. Le tabac, un produit dangereux 34
2.1.2. Une norme claire pour tous, jusqu'à la pression sociale 37
2.1.3. L'image positive du tabac 40
2.1.4. Le tabac, un produit addictif reconnu 41
2.2. Les facteurs influençant l'arrêt de la consommation de tabac pendant la grossesse 42
2.2.1. Les facteurs facilitant l'arrêt 42
2.2.2. Les facteurs freinant l'arrêt 46
2.3. Les représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse 47
2.3.1. L'impact de l'alcool sur la santé 47
2.3.2. L'alcool, un produit socioculturel souvent apprécié. 49
2.3.3. Représentation subjective et normée de la consommation d'alcool 50
2.3.4. Représentation sociale clivante de la consommation d'alcool pendant la grossesse ... 51
2.3.5. L'alcool chez les femmes enceintes : un produit addictif tabou 54
2.4. Les facteurs influençant l'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse 55
2.4.1. Facteurs freinant l'arrêt 55
2.4.2. Facteurs facilitant l'arrêt 56
2.5. Autres résultats, la femme face au message de prévention 57
IV. DISCUSSION 59
1. Choix du sujet 59
2. Choix de la méthode 59
3. Modalités de recrutement des interviewées 61
4. Déroulement des entretiens 61
5. Méthode d'analyse des résultats 62
6. Les résultats 62
6.1. Les représentations 62
6.2. Les facteurs influençant le changement 66
6.3. Les résultats au regard des outils disponibles et de la littérature 67
V. CONCLUSION 69
VI. BIBLIOGAPHIE 70
VII. ANNEXES 73
1. Le script d'entretien 73
2. Lettre destinée aux puéricultrices 75
3. Les entretiens retranscrits (CD Rom) 75
4. Schématisation des thématiques obtenues par l'analyse des entretiens (papier et CD Rom) 75
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE 79

I. INTRODUCTION

Il est établi que les consommations de tabac et d'alcool par la femme enceinte sont néfastes pour le bon déroulement de la grossesse ainsi que pour le développement du fœtus y compris à long terme. La baisse de ces pratiques est donc, un enjeu de santé publique.

1. L'impact sur la santé de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse

1.1. Le tabac

Le tabac augmente le risque de grossesses extra-utérines et de fausses couches spontanées précoces (Risque Relatif (RR) respectivement de 2 et 3). Il est également responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité périnatale : prématurité (RR de 2), retard de croissance intra utérin harmonieux (avec un poids de naissance en moyenne inférieur de 200 grammes), rupture prématurée et mauvaise position du placenta, hématome rétroplacentaire, mort fœtale in utéro. Le tabagisme pendant la grossesse est aussi un des risques de survenue de la mort subite du nourrisson, les études épidémiologiques sur ce thème concordent et mettent en évidence un risque multiplié par 2 à 3. [1]

Il existe une relation dose-effet de la consommation de tabac pendant la grossesse.

1.2. L'alcool

L'alcool est un tératogène, qui altère le développement du fœtus. L'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) comprend à divers degrés des répercussions sur le développement de l'enfant en devenir. Le tableau le plus sévère et complet est communément appelé Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF). Les conséquences sont au niveau cognitivo-comportemental: retard mental, retard des acquisitions, trouble du comportement et de l'attention ; et au niveau physique : dysmorphie cranio-faciale typique, retard de croissance intra utérin harmonieux, malformations congénitales (système nerveux central, ostéo-articulaires, faciales, cardiaques, oculaires, urogénitales).

Le SAF est la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant. Malgré l'impact sanitaire et social de l'ensemble de ces troubles, la prévalence est mal connue, il existe peu d'études et elles sont de faible puissance. [2]

L'étude menée par *Santé publique France*, publiée le 4 septembre 2018, mesurait pour la première fois la fréquence de l'ETCAF et des cas de SAF dans les séjours hospitaliers des enfants durant leur premier mois de vie au niveau national. Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 0,48 cas pour 1 000 naissances ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale, incluant 0,07 cas de SAF pour 1 000 naissances (soit respectivement 3207 et 452 nouveau-nés en 7 ans). La Picardie se situait dans la moyenne nationale. [2]

Ces chiffres sont difficilement comparables avec les études françaises antérieures et clairement sous-estimés : avec une surveillance clinique passive uniquement de la naissance et du premier mois de vie ainsi qu'un dépistage déclaratif de la consommation d'alcool durant la grossesse. Cependant, ils permettent de mieux caractériser l'enjeu de santé publique que représente l'alcoolisation fœtale.

Les autres études françaises étaient locales et sur de faibles effectifs. Malgré une grande disparité de résultats, plusieurs d'entre elles retrouvaient des incidences comparables à celle de la littérature internationale, autour de 1 ‰ pour les cas de SAF et 9 ‰ pour l'ETCAF. [3]

La consommation moyenne ou forte d'alcool pendant la grossesse, quel que soit le stade, représente un facteur de risque de morbi-mortalité embryo-fœtal sous-estimé mais connu. Pour les consommations d'alcool dites faibles, les connaissances actuelles, ne permettent pas de définir un seuil au-deçà duquel il n'y a pas de danger, ni même de dire si ce seuil existe. Face au principe de précaution, l'objectif est donc « zéro alcool ».

L'impact sur la santé de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse impose des mesures de lutte au niveau législatif, collectif et individuel.

2. Les moyens de lutte contre les consommations de tabac et d'alcool pendant la grossesse

2.1. Les principales mesures législatives

La *loi Veil* créée en 1976, interdit toute propagande et toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits issus du tabac, en dehors de leur lieu de vente. De plus, aucune distribution gratuite n'est autorisée. [4]

La *loi Evin* du 10 janvier 1991 (modifiée en 2015), est relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Concernant l'alcool, elle encadre la publicité, la vente et la distribution de produits alcoolisés. Quant au tabac, elle interdit l'usage du tabac dans les lieux collectifs tels que les lieux d'enseignement et impose l'affichage sur les paquets de la mention « Nuit gravement à la santé » ainsi que les taux de nicotine, de goudrons et de monoxyde de carbone. [5]

L'information des fumeurs est strictement encadrée au niveau européen depuis la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001. En France, des mises en garde sanitaires sont apposées sur les paquets, dont une spécifique à la femme enceinte : « Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant». L'avertissement est devenu illustré en avril 2011. [6]

2.2. Les principales mesures de prévention collective

Des mesures d'information et d'accompagnement pour la population générale et plus spécifiquement pour la femme enceinte sont développées pour lutter contre la consommation de tabac et d'alcool en France. [7]

2.2.1. Au niveau de la consommation d'alcool

En 2006-2007 : l'*Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé* (INPES) met en place sa première campagne de communication contre la consommation d'alcool spécifique à la femme enceinte : « zéro alcool ». Elle est destinée aux femmes enceintes et aux professionnels de santé pour les encourager à aborder le sujet et rappeler les risques.

La circulaire de la *Direction Générale de la Santé* (DGS) du 12 octobre 2006 relative au repérage précoce par intervention brève vise la diffusion nationale de cette pratique auprès des médecins généralistes pour un dépistage systématique et précoce [8]

Depuis le 3 octobre 2007 (en application de l'arrêté ministériel du 2 octobre 2006), un message sanitaire à destination des femmes enceintes, préconisant l'absence de consommation d'alcool, est apposé sur toutes les unités de conditionnement d'alcool. Ce message est présent sous la forme d'un pictogramme ou d'une phrase d'information (« La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant ») [9]

En septembre 2012 : La journée mondiale consacrée à la sensibilisation au SAF est créée. L'INPES met en place une nouvelle campagne de communication spécifique « grossesse et alcool ».

Le 18 novembre 2013 : une nouvelle opération grand public est mise en place, avec notamment une affiche destinée aux femmes enceintes : « Vous parlez de tout avec votre médecin et votre sage-femme, alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool ? »

Le 9 septembre 2018, lancement durant un mois, par *Santé Publique France* d'une campagne nationale d'information, auprès du grand public et des professionnels de santé, pour promouvoir le principe de précaution. Cette campagne comprend notamment la création d'une rubrique spécifique « alcool et grossesse » sur le site *Alcool Info Service*, qui délivre de manière simple les dernières recommandations et les aides disponibles. [11]

2.2.2. Au niveau de la consommation de tabac

Depuis 1976, des campagnes de communication régulières ont été mises en place par le *Comité Français d'Education pour la Santé* (CFES) [12] puis par l'INPES [13]. En 2007, le thème spécifique « grossesse et tabac » est abordé pour la première fois, à travers l'un des douze dépliants d'information mis en place pour la journée mondiale contre le tabac.

A partir de 2007, on assiste à un remboursement progressif des Traitements Substitutifs Nicotiniques (TNS). Il est initialement destiné aux femmes enceintes puis, abouti en janvier 2019, au remboursement pour tous des différents TNS à 65 % par l'Assurance Maladie. [14]

Le dispositif du 31 mai 2014 (dans le cadre de la journée mondiale sans tabac), sensibilise les professionnels de santé pour les inciter à aborder le sujet du tabac lors des consultations de suivi de la grossesse. Il a aussi pour but de rappeler aux femmes les risques ainsi que l'opportunité que représente leur grossesse pour arrêter de fumer à travers cette campagne de sensibilisation spécifique. [15]

Il existe donc de nombreuses mesures de lutte collectives contre la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. A celle-ci s'associent, des outils permettant de prendre en charge individuellement ces comportements.

2.3. Etat des lieux des moyens individuels

2.3.1. Le dépistage

.Le dépistage individuel et systématique de la consommation de tabac et d'alcool chez la femme enceinte, ainsi que l'information, sont recommandés en médecine de premier recours.

Au niveau du tabac :

Chez la femme enceinte, lors du dépistage, il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel. Cette approche graduelle permet d'éviter la stigmatisation et de valoriser la baisse spontanée de consommation, généralement observée à l'annonce de la grossesse. Il est recommandé que l'entretien dépasse le conseil bref d'arrêt, sans culpabiliser la patiente. [16]

Au niveau de l'alcool :

Le dépistage qui se doit d'être systématique et précoce, permet de préciser les modalités d'usage et les périodes de consommation au cours de la grossesse. Il est recommandé d'utiliser des questions ouvertes, intégrées dans une approche globale des facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse. Il est important de citer les boissons et de proscrire le terme alcool qui tend à renvoyer uniquement aux alcools dits « forts ». Des questionnaires et auto questionnaires peuvent aider, tel que AUDIT, ou AUDIT-C qui sont les plus validés. Un entretien bien mené reste plus efficace que la passation simple de questionnaires. La prise en charge dépendra du type de situation : simple, complexe ou de grande détresse. La mise en confiance est primordiale pour l'instauration, si nécessaire, d'une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée aux besoins et au choix de la patiente informée. [10] [17]

Le sujet de la consommation d'alcool, particulièrement pendant la grossesse, est un sujet sensible et difficile à aborder. Les recommandations pour la pratique clinique concernant le repérage et la prise en charge des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse sont détaillées par la S*ociété Française d'Alcoologie* (SFA). [18] [19].

2.3.2. Les différents modes de prise en charge

Les moyens pour aider les femmes enceintes consommant du tabac et de l'alcool ne sont pas spécifiques à la grossesse. Ils sont nombreux et peuvent être combinés.

Accompagnement par les professionnels de santé :

Cela comprend : le soutien psychologique, la guidance [21], l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale. En seconde intention, à adapter au profil de la consommatrice, le soutien téléphonique et l'auto support (y compris par internet) sont à proposer en fonction des demandes. D'autres méthodes existent, plutôt destinées aux consommateurs de tabac : acupuncture, hypnothérapie, activité physique.

Traitement médicamenteux :

Au niveau du tabac : les TNS sont les traitements médicamenteux de première intention, toutes les formes peuvent être utilisées chez la femme enceinte, en privilégiant toutefois les formes orales, dont la durée d'action est moindre ; contrairement à la *varénicline* et au *bupropion* qui sont contre-indiqués. [16]

Au niveau de l'alcool : le sevrage chez la femme enceinte qui présente un syndrome de dépendance à l'alcool doit être accompagné médicalement et l'*oxazépam* est privilégié. Pour l'accompagnement de l'abstinence, les médicaments spécifiques de type *acamprosate* ne sont pas indiqués durant la grossesse. [18]

Malgré de multiples moyens en faveur de la même idée « zéro alcool et zéro tabac » pendant la grossesse, la consommation reste préoccupante.

3. Etat des lieux de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse

3.1. Au niveau de l'alcool

Selon l'enquête *Baromètre santé 2017*, parmi les mères d'enfant de cinq ans ou moins, 11,7% déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse, dont 10,7% uniquement pour les grandes occasions. [22]

Il est établi que la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse est difficilement quantifiable car étudiée selon les déclarations des femmes qui ont tendance à sous-estimer cette consommation taboue.

Une synthèse de la littérature datant de 2014, a repris l'ensemble des études réalisées en France entre 2001 et 2010 portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces études rapportaient des taux très variables allant de 12,2% à 63,0% de femmes ayant consommé de l'alcool au moins une fois durant la grossesse. [24]

3.2. Au niveau du tabac

Selon *l'enquête nationale périnatale de 2016*, la consommation de tabac déclarée par les femmes restait préoccupante : 30% des femmes fumaient avant la grossesse et 16.2% continuaient au cours du troisième trimestre. Il n'existait pas de diminution significative par rapport à l'*enquête périnatale de 2010*. [25] [26]

En 2016, on retrouvait une inégalité selon les régions. En Hauts de France, 34.9% des femmes fumaient avant la grossesse et 20.9% ont continué jusqu'au terme. [27]

Il n'existe pas de marqueur de la consommation de ces substances à risque. Le dépistage se fait donc selon le mode déclaratif. Cela engendre une consommation sous-déclarée car les recueils ont lieu dans un contexte médical.

4. Justification du travail

L'arrêt du tabac et de l'alcool pendant la grossesse est primordial et encore insuffisant malgré les différents moyens mis en œuvre.

Des sentiments d'inefficacité, d'impuissance, voire de résignation se développent chez les médecins généralistes ainsi que chez les gynécologues et les sages femmes, qui disent faire face à de nombreux obstacles notamment d'ordre socioculturel.

Il m'a paru important de mieux comprendre ce que représente pour les femmes la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse pour mieux adapter la prise en charge individuelle, en tant qu'acteur majeur de la prévention.

Malgré les multiples actions de santé publique collectives et individuelles en faveur de la même idée qui est « zéro alcool et zéro tabac », pourquoi les femmes continuent-elles de consommer de l'alcool et du tabac pendant la grossesse ?

L'objectif principal était de connaitre les représentations des femmes concernant la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse.

L'objectif secondaire était de connaitre les facteurs freinant et facilitant l'arrêt de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes en post partum dans la Somme.

Le choix d'une étude qualitative permet d'explorer un phénomène, ce qui paraissait adéquat pour répondre aux objectifs fixés ; il était important de comprendre le contexte, d'examiner les comportements, les expériences personnelles, les ressentis ainsi que les déterminants. [29]

Les représentations et les comportements face au tabac et à l'alcool relevant de l'intimité des femmes, une méthode par entretiens en face à face était justifiée. Cela a permis d'aborder plus en profondeur ce sujet délicat, en favorisant la proximité et l'écoute.

La technique d'entretien semi-dirigé a permis aux interviewées de développer et d'orienter leurs propos sans cadre fermé pour une vue plus générale du phénomène.

2. Population étudiée

Nous avons choisi des femmes en post partum car elles étaient directement concernées, mais avaient le recul nécessaire sur leur poursuite ou leur arrêt éventuel de consommation de toxiques pendant la grossesse. L'entretien avait lieu dans les deux mois suivant l'accouchement, pour que les souvenirs de leurs ressentis et leurs perceptions durant la grossesse soient récents.

Les critères d'exclusion pris en compte étaient : un âge inférieur à 18 ans, l'impossibilité de répondre à l'entretien semi-directif du fait de la pratique d'une langue étrangère, de l'existence d'un trouble cognitif ou psychiatrique sévère ou d'un refus de participation.

3. Modalité de recrutement des femmes

Après présentation de notre projet et accord du Dr Huette, médecin départemental de la protection maternelle infantile (PMI) de la Somme, nous avons décidé de contacter au hasard les différents médecins responsables des services de PMI du département, répartis en 9 territoires.

Nous avons donc contacté les médecins responsables de 5 sièges de territoire (Amiens Sud, Amiens Ouest, Montdidier Santerre, Littoral Baie de Somme, Cinq vallées) en leur expliquant notre projet de recherche, afin qu'ils puissent identifier, dans leur secteur, des femmes ayant accouchées dans les 2 mois et acceptant de participer à ce travail de recherche. Cet exercice d'identification s'est effectué avec la participation des puéricultrices qui ont un contact périnatal systématique avec chaque jeune mère de leur secteur par entretien physique ou téléphonique. Une lettre reprenant brièvement le projet était communiquée aux puéricultrices et leur servait de support pour expliquer le travail de recherche (Annexe 2)

Nous avons téléphoné aux femmes dont nous avions obtenu les coordonnées (entre 14h et 18h du lundi au vendredi), nous avons aussi directement demandé aux femmes se présentant dans les services de PMI, durant les permanences de pesée des nourrissons et les consultations médicales programmées, si elles acceptaient de participer à l'étude.

Pour permettre une plus grande variété dans l'échantillon, nous avons également décidé d'inclure dans l'étude des femmes vues au cours de mes remplacements ambulatoires si elles rentraient dans les critères d'inclusion.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale. Le principe était de faire varier certaines caractéristiques des participantes (âge, nombre d'enfant, lieu de résidence, lieu d'accouchement, profession, statut matrimonial) dans l'hypothèse où celles-ci pouvaient faire varier les perceptions et leur vécu vis-à-vis du sujet de recherche.

A l'inverse d'un travail quantitatif qui recherche un échantillon représentatif, nous recherchions la diversité, gage de qualité dans ce type d'étude.

4. Script d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien intégrant l'ensemble des éléments majeurs de la question de recherche. Il était composé de questions ouvertes permettant aux femmes interviewées une liberté d'expression, ainsi que des questions de relance pour permettre de réorienter ou de détailler leur discours sur les thèmes de recherche.

Ce guide a été élaboré après un travail bibliographique puis enrichi après la réalisation des premiers entretiens. (Annexe 1)

5. Déroulement et lieu de l'étude

Sur la base du volontariat, les entretiens se sont déroulés selon deux modalités différentes : je me suis rendue au domicile des femmes qui avaient accepté de me rencontrer chez elles pour l'entretien et j'ai également effectué des interviews en tête-à-tête au sein des services de PMI, dans un bureau à l'écart. Au cours de la plupart des entretiens, la jeune mère était accompagnée de son nourrisson.

Au début de chaque entretien, j'ai de nouveau exposé aux femmes interviewées le thème de l'étude, en leur garantissant l'anonymat et le secret médical. Je me suis également assurée de leur consentement pour l'enregistrement des propos.

La première partie de l'entretien permettait aux interviewées de se présenter, afin de caractériser les femmes interviewées et de « briser la glace ». Pour ouvrir le dialogue et mettre à l'aise la jeune mère, leur vécu de la grossesse et de l'accouchement en général était également abordé.

La deuxième partie de l'entretien, introduisait le thème de notre étude et amenait à parler de la consommation d'alcool et de tabac des femmes en général et pendant la grossesse.

La troisième partie de l'entretien s'est intéressée directement à notre projet d'étude. Cette partie était initialement séparée en 2 sous-parties : tabac et alcool, puis adaptée aux discours des interviewées.

L'objectif principal étant de connaitre leurs représentations de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, nous leur avons posé des questions de type : « Qu'est ce que cela représente pour vous le fait de fumer/boire de l'alcool pendant la grossesse ? », « Quels sont les effets que vous connaissez du tabac/ de l'alcool consommé pendant la grossesse ? », « Comment avez-vous vécu le fait de fumer ou de ne pas fumer pendant la grossesse ? », « Comment avez-vous vécu le fait de boire ou de ne pas boire de l'alcool pendant la grossesse ? ».

Ces questions étaient accompagnées de questions de relance diverses pour leur permettre de développer leurs propos telles que : « Parlez-moi de votre dernière cigarette, de votre dernier verre d'alcool ? », « Comment avez-vous vécu cette consommation ou cet arrêt vis-à-vis de votre entourage ? ».

L'objectif secondaire que nous nous étions fixé était de déterminer les facteurs freinant et facilitant l'arrêt de tabac et d'alcool pendant la grossesse.

Les différents sujets ont été abordés. En fonction du déroulement de l'entretien, l'ordre et la formulation ont été adaptés permettant de favoriser la fluidité de l'interview. Parfois les femmes ont développé un thème de façon spontanée.

Mener un entretien de ce type n'est pas inné. Les premiers ont été difficiles, il fallait trouver le bon équilibre : laisser les femmes s'exprimer, sans s'éloigner du thème de notre travail ; suivre le guide d'entretien sans que l'interview soit perçu comme un interrogatoire, le tout avec une écoute active pour les inciter à développer les thèmes abordés.

J'ai réalisé un entretien test en aout 2017, ce qui m'a permis de gagner en aisance pour le déroulement des futurs entretiens et en fluidité pour relancer la conversation.

6. Recueil des données

Le recueil des données des entretiens a duré 9 mois et s'est déroulé d'août 2017 à mai 2018.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique de type Olympus sous le format WMA, doublé par l'application « enregistreur vocal » de mon Smartphone pour palier tout problème technique. Puis ils ont été transférés sur l'ordinateur où ils ont pu être réécoutés plusieurs fois avant d'être retranscrits intégralement.

7. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot manuellement et intégralement par écrit sur support informatique sur le logiciel Word 2007©, après écoute des fichiers au format WMA.

Afin de préserver l'anonymat, aucune information nominative n'a été recueillie. Des lettres ont été attribuées par ordre alphabétique aux participantes de la manière suivante : la première participante était appelée madame A (Mme A), la deuxième participante, madame B (Mme B), etc. Le médecin interviewé était appelé J.

L'ensemble de l'entretien y compris les silences et les onomatopées a été retranscrit.

8. Méthode d'analyse

L'analyse des données a été faite par ordre chronologique de la réalisation des entretiens et de façon continue, avec une comparaison constante.

Le codage a été effectué avec le logiciel N vivo 11, ce qui a facilité la mise en évidence des thèmes, ainsi que, dans un deuxième temps, le regroupement thématique transversal en fonction des similitudes et récurrences.

Une première étape de codage ouvert puis axial a permis de relever les principaux thèmes se dégageant dans un but explicatif.

Le codage a été effectué par l'investigateur. Le directeur de thèse a également réalisé, de façon indépendante, le codage axial de trois entretiens, pour permettre une triangulation des données et limiter les interprétations personnelles. [30]

Après la réalisation et le codage de 12 entretiens, une analyse interprétative a permis d'élaborer des hypothèses en utilisant la méthode d'analyse par théorisation ancrée. [31]

Le codage continu a permis de voir apparaître la saturation des données au 13ème entretien, ce qui a permis l'arrêt du recueil après la réalisation de la 14ème interview.

III. RESULTATS

1. Données générales de l'étude

1.1. Les entretiens

14 entretiens ont été effectués pour obtenir la saturation des données durant 9 mois (d'août 2017 à mai 2018) dont 12 entretiens ont eu lieu les 3 premiers mois (d'août 2017 à novembre 2017).

10 entretiens ont eu lieu en face à face dans un des bureaux de 5 services de PMI différents : Roye, Amiens sud, Amiens ouest, Friville-Escarbotin et Conty.

4 entretiens ont eu lieu au domicile de l'interviewée.

La durée moyenne des entretiens étaient de 16 minutes, avec une durée minimale de 11 minutes et une durée maximale de 23 minutes.

1.2. Caractéristiques sociologiques de l'échantillon

Entretiens	Age	lieu de résidence		Profession	Statut matrimonial	Nb d'enf.	lieu d'accouchement
A	37	Roye 80700	Semi-rural	sans	En couple	3	Domicile
B	25	Roye 80700	Semi-rural	sans	Célibataire	2	CH Péronne
C	19	Amiens 80000	Urbain	Etudiante bac professionnel	En couple	1	V. Pauchet
D	28	Amiens 80000	Urbain	Ingénieure en informatique	Mariée	1	CHU Amiens
E	33	Amiens 80090	Urbain	Auxiliaire de vie	Séparée-mariée	2	V. Pauchet
F	30	Amiens 80000	Urbain	Agent de tri	En couple	3	V. Pauchet
G	36	Friville-Escarbotin 80130	Semi-rural	Moniteur Auto-école	Pacsée	1	CH Abbeville
H	28	Friville-Escarbotin 80130	Semi-rural	Assistante maternelle	Pacsée	2	CH Abbeville
I	19	Friville-Escarbotin 80130	Semi-rural	sans	En couple	2	CH Abbeville
J	30	Oresmaux 80160	Rural	Assistante sociale	Pacsée	1	CHU Amiens
K	32	Fleury 80160	Rural	Assistante commerciale	Pacsée	2	V. Pauchet
L	28	Amiens 80090	Urbain	Infirmière	Pacsée	2	CHU Amiens
M	28	Dury 80480	Urbain	Pharmacien	En couple	1	CHU Amiens
N	30	Ville sur ancre 80300	Rural	Commerciale événementiel	Mariée	3	V. Pauchet

A : madame A, B : madame B, etc. Nb d'enf. : Nombre d'enfants

CH : Centre hospitalier, CHU : Centre hospitalo-universitaire, V. Pauchet : Clinique Victor Pauchet

1.3. Caractéristiques de la consommation de tabac et d'alcool

13 femmes buvaient de l'alcool avant la grossesse, leur consommation n'a pas été quantifiée. 4 ont poursuivi cette consommation durant la grossesse, dont 3 de manière épisodique et modérée.

4 femmes n'avaient jamais consommé de tabac. Sur les 10 autres femmes, 3 ont poursuivi leur consommation durant la grossesse.

2. Analyse du contenu des entretiens

2.1. Les représentations de la consommation de tabac pendant la grossesse

2.1.1. Le tabac, un produit dangereux

La consommation de tabac pendant la grossesse était perçue globalement comme un **comportement dangereux**. L'impact néfaste sur **le fœtus** était au premier plan, pouvant aller jusqu'à **la perte** de celui-ci.

> Mme B : « Bah d'un côté, tabac et grossesse ça pourrait être heu… La mort du bébé […] La première chose qui me vient à l'esprit c'est ça. »
>
> Mme F : « Ben c'est pas bien pour euh, ça met en danger la vie du bébé pour moi, personnellement. »

Au second plan, elles évoquaient un danger pour **la grossesse**, et pour **le projet de conception.**

> Mme B : « Fumer et l'alcool sont vraiment pas bons pour la grossesse. »
>
> Mme E : « De ce que j'ai cru comprendre, pour qu'un enfant ne subisse pas les effets […] il faudrait arrêter un mois avant de, un an avant de concevoir l'enfant. »

Pendant la grossesse, la femme était perçue comme **plus vulnérable**. Le fait de fumer avait un impact sur **sa santé** et **son physique**. La dimension **esthétique** a été évoquée.

Mme A : « Et puis ben, même moi, ça se voyait de toute façon, que physiquement j'étais marquée par le tabac. »

Mme D : « Ben d'après ce que j'ai vu déjà sans la grossesse, je sais que ça a des effets nocifs sur le corps et d'autant plus pendant la grossesse on est vulnérable. »

Mme F : « Pour moi je sais pas si euh […] Le cancer, à part le cancer des poumons. »

Pour la plupart des femmes interviewées, **toute consommation** de tabac pendant la grossesse était **nocive** : **dès la première cigarette, dès le début de la grossesse**, y compris **le tabagisme passif. La cigarette électronique** est aussi incriminée.

Mme B : « Non je pense que dès la première ça peut être dangereux, dès la première cigarette ça peut être un risque. »

Mme G : « Euh cigarette électronique, ça, ça m'a un peu marquée. Parce que on disait toujours que c'était, que ça n'avait pas d'effet nocif, la cigarette électronique, et comme c'est en train de changer, ou alors bon, on se doute que ça remplace les cigarettes, mais on se doute qu'il y a quand même des effets … nocifs derrière. »

Mme I : « Même une cigarette ça a des effets sur la grossesse. Même juste avoir la fumée d'une autre personne qui fume ça fait des effets. »

Mme N : « Y a pas que ma consommation à moi qui doit être maitrisée. Le tabac, enfin, on sait,… Enfin peut-être pas dans le ventre, les particules elles se mettent dans les vêtements, elles se mettent, enfin y en a partout, dans les voitures, dans… »

En général, les **risques spécifiques sur la santé du fœtus étaient intégrés** : prématurité, fausse couche spontanée, retentissement staturo-pondéral, atteinte placentaire…

Mme B : « Donc il y a plus de chance bah à être évacué en faisant une fausse couche. »

Mme J : « Enfin notamment d'accouchements prématurés, et puis bah je pense aussi dans la croissance, dans le développement […] Bah je pense que c'est au niveau de son développement, ça fait pas des bébés plus petits ? »

Mme K : « Ben en général on dit petit bébé, ça a des effets sur le développement au niveau du poids, de la taille je pense […] Je sais pas, je sais pas si on a des risques d'accoucher avant ou… […] Non après je sais pas si c'était lié au tabac mais au niveau du placenta, je crois que ça fragilise aussi le placenta, il me semble hein (rire). »

Le **risque de syndrome de sevrage** pour le fœtus à la naissance était souvent cité, c'est un risque qui semblait les marquer.

Mme L : « Euh, bah déjà il y a, il peut y avoir comme la nicotine, mais un état de manque pour l'enfant à la naissance. »

Amenant pour une des femmes, jusqu'à l'idée paradoxale que **le risque de manque** du fœtus dû à l'arrêt du tabac durant la grossesse **prévalait sur les bénéfices.**

Mme A : « On m'a aussi dit qu'il fallait pas arrêter de fumer quand on été fumeuse, parce que le bébé a le manque de nicotine. »

En parallèle, les femmes exprimaient donc parfois des **connaissances intuitives et imprécises**.

Mme C : « Et ça peut engendrer des maladies ou des déformations. »

Mme D : « Euh, ce que j'ai lu je pense que ça joue sur le système nerveux du fœtus je crois. »

Mme L : « Humm, au niveau des poumons pour les enfants après ça peut-être, enfin souvent on dit : "Ouais mais est-ce que tu as fumé pendant la grossesse?" Quand il y a des problèmes de comment on appelle ca? Mince de […] de l'asthme. (Rire) »

Allant jusqu'à **la croyance d'idées reçues, encore véhiculées.**

Mme L : « Je pense que au-delà de trois quatre cigarettes ça peut être... (Silence) Il me semble avoir déjà entendu que au-dessus de cinq ça pouvait être dangereux au-dessous de cinq c'était pas vraiment… »

Lorsque les risques n'étaient pas perçus comme constants au cours de la grossesse, les femmes pensaient parfois que cela dépendait du terme, avec des **discours contradictoires.**

Mme B : « Et après les cinq mois, bah il y a les, il y a moins de, un peu moins de risque mais il y a toujours autant de risque quand même qui reste. »

J : « Le tabac vous pensez que ça a des effets à partir de quand ? » Mme D : « […] Du moment où l'absorption passe par le cordon et puis jusqu'au bébé, je me dis que... je vais dire aussi 2 mois, 3 mois. »

2.1.2. Une norme claire pour tous, jusqu'à la pression sociale

La recommandation de l'arrêt du tabac pendant la grossesse semblait **socialement ancrée.** Elle était perçue comme **un principe de base**, faisant partie **d'un ensemble de règles hygiéno-diététiques.**

Mme C : « La base c'est qu'il faut pas boire et pas fumer pendant une grossesse, pour moi, donc … Donc c'était naturel. »

Mme D : « Déjà sur des forums quand tu vois, on te dit, y a pleins de conseils sur ce qu'il faut faire, ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger du coup ça en fait partie : le tabac, l'alcool, le fromage mais bon. Un peu de tout quoi. »

Ce principe était **recommandé** par **l'entourage et les professionnels de santé**, de façon **unanime** et **claire**.

J : « Qui vous parlait de ce sujet ? » Mme B : « Bah mes parents, mes tantes, mes tontons […] en disant "fais attention heu, ne fume pas trop c'est dangereux, ça peut avoir des incidences sur le bébé". »

Mme N : « Ben je pense que de manière générale, on l'est depuis toujours, on l'est à l'école, on l'est… Y a des publicités. Enfin voilà, mon médecin traitant, mon gynécologue de manière générale on pose toujours la question, si on fume. »

Cette recommandation paraissait donc **intégrée et respectée par tous**.

Mme M : « Ben je sais pas si autour de nous si il y a d'autres femmes enceintes, systématiquement elle va dire " ben non je suis enceinte donc je ne fume pas je ne bois pas" […] Là, tout le monde est content qu'on arrête de fumer. Tout le monde comprend qu'on arrête de fumer quand on est enceinte. »

Le tabagisme passif était aussi clairement exclu pendant la grossesse.

Mme J : « Alors maintenant enfin on n'a plus trop de, enfin j'ai de l'entourage fumeur mais en général tout le monde fume dehors, on fume pas, on fume rarement dans les maisons, et par exemple ma mère qui fume chez elle, quand j'étais là, elle fumait pas en ma présence, enfin ça c'est acquis, on fume pas à côté d'une femme enceinte »

Il s'agissait d'une **évolution générationnelle** selon madame K, vécue comme une chance.

Mme K : « Ben ouais, on sait que c'est mauvais, maintenant on la chance de savoir que c'est mauvais. Parce qu'à l'époque on le savait pas forcément, les études ne prouvaient pas forcément ce genre de chose-là. »

Les recommandations aboutissaient parfois à **une pression sociale** envers la consommatrice de tabac. Le produit était **dénigré**, voire perçu comme **inutile**.

Mme H : « Déjà les cigarettes, il y a beaucoup de goudron, de machins dedans. »

Mme C : « Ca sert à rien de fumer donc… »

La consommation pendant la grossesse était **rejetée** voire **choquante**.

Mme A : « Mes parents, mes amis, mes frères et sœurs, enfin pleins de monde quoi… mes grands-parents, qui ont suivi pour la première fois ma grossesse, et qui ont pas supporté que j'ai une cigarette à la main. »

Mme D : « J'ai déjà vu une femme enceinte qui fumait …et ça m'a choquée de la voir fumer. »

La fumeuse enceinte ressentait **des jugements de valeur quotidiens** qui étaient parfois clairement exprimés.

Mme A : « Et pendant ma grossesse, pendant que j'arrivais à fumer une clope, il m'arrivait d'en fumer une deuxième 5-10 minutes plus tard… Ben là ça n'arrêtait pas de fuser dans tous les sens, que j'étais inconsciente, que ceci que cela. »

Ce jugement ne semblait **pas toujours assumé pleinement** et pouvait être sous-entendu :

Mme K : « Et je trouve ça un peu… ridicule de continuer dans ce sens-là. Après comme je dis chacun fait ce qu'il veut. (rires) Je me permettrais pas de leur faire quoi que ce soit comme reproches. Mais moi, je peux pas concevoir ça. »

Parfois à travers des **regards** qui étaient **accusateurs** :

Mme B : « Bah c'est pas par le parler c'est par le regard quoi. Le regard de certaines personnes bah qu'on croise dans la rue, on les connait pas mais on voit qu'ils nous regardent un peu sur le coin de l'œil en disant "Ah elle est enceinte et elle fume". »

La femme enceinte qui fumait, était perçue comme **égoïste** et **irresponsable**, **avec l'image de « mauvaise mère »** parfois sous-entendue.

Mme A : « La naissance oui, on a pris mal. Quand on a dit que le bébé s'il était si maigre, qu'il arrivait pas à être formé, c'était de ma faute, parce que j'avais trop fumé… »

Mme E : « Bah je pense, moi je pense qu'elles pensent qu'à elles, elles pensent pas aux bébés quoi mais bon, après voilà chacun sa façon de penser. »

Il existait une nuance à cette pression sociale, c'était la **compréhension de l'addiction.**

Mme J : « Bah ne, enfin, ne pas arrêter de fumer parce que je sais que c'est difficile, enfin je sais qu'il y a plein de mamans qui essaient d'arrêter de fumer et qui n'y arrivent pas, enfin c'est pas le fait de continuer en se disant c'est pas grave, c'est le fait de pas réussir à arrêter pendant la grossesse que je peux comprendre. »

Cette compréhension de l'addiction avait ses **limites** pour les femmes interviewées, et la santé de **l'enfant primait.**

Mme E : « Après il y en a qui peuvent pas arrêter hein. » J : « Et qu'est-ce que vous pensez des personnes qui ne peuvent pas arrêter ? » Mme E : « Je dis, moi je pense qu'ils ne s'en donnent pas les moyens (rire). Parce que la santé de l'enfant après je crois que, c'est pour moi c'est primordial quoi. »

La poursuite du tabac était parfois perçue comme **uniquement un problème de choix** et les **difficultés de l'arrêt** étaient **minimisées**.

Mme H : « Des fois je voudrais bien quand même qu'elle arrête pour son bébé mais bon elle veut pas. » Mme E : « Euh, bah ça allait, c'est pas, c'est pas la mort non plus, (rire) on n'est pas à l'agonie hein on n'est pas à l'agonie. »

Les femmes exprimaient également **des préjugés,** quant au niveau social des fumeuses enceintes.

Mme M : « Sauf exception mais, pour moi c'est pas toujours sur le même niveau social après.» J : « Qu'est-ce que vous entendez par niveau social ? » Mme M : « Ben quand on voit les gens fumer avec une poussette ou quelque chose comme ça, en général forcément, c'est pas que… mais je trouve que c'est souvent des niveaux sociaux plus bas, où ils sont peut être moins informés ou moins attentifs quoi. »

2.1.3. L'image positive du tabac

Selon quelques femmes consommatrices, le tabac bénéficiait **d'une image positive**. Il était présenté comme ayant une **connotation festive**, et parfois **associé à l'alcool.**

Mme N : « Oui vraiment, une fois, après l'accouchement de mon premier, en soirée, avec un verre de vin, j'ai voulu refumer une cigarette. »

L'effet hédonique était également clairement exprimé.

Mme A : « C'était pour moi, c'était un plaisir. »

Les femmes recherchaient également l'effet **anxiolytique** et **anorexigène** du tabac.

> Mme A : « Parce que quelquefois, même encore maintenant, après avoir accouché, quand j'ai fini de manger et que j'ai encore faim, je vais m'allumer une cigarette, ça va me casser, ça va m'arrêter, comme si j'avais fini de manger quoi. »
>
> Mme I : « Calme, (silence) pas stressée. » J : « Pas stressée? » Mme I : « […] De fumer ça me déstresse, oui. »

Pour Madame A le fait de fumer était même perçu comme une véritable **liberté d'exister**. Son statut de fumeuse était affirmé et faisait partie de **son identité.** La consommation de tabac était ressentie comme un moyen de **répondre à ses envies.** Paradoxalement, cela valorisait **la maitrise de soi**, qui semblait lui échapper avec le statut de femme enceinte.

> Mme A : « J'étais très fumeuse et je suis toujours très fumeuse. » […] « Mais après c'est bien d'être aussi moi, comme moi je suis fumeuse. » […] « C'était juste une chose que j'avais envie de faire donc je le faisais. » […] « Je pars du principe qu'on est enceinte d'accord, mais nous, on les connaît nous-même nos limites en vérité. »

2.1.4. Le tabac, un produit addictif reconnu

Les femmes se représentaient le tabac comme une **addiction puissante.**

> Mme J : « Bah, c'est vraiment un, enfin c'est vraiment une addiction, enfin c'est difficile de s'en passer. »

La **dépendance physique** était mise en avant, avec les effets de la **nicotine**, entrainant un véritable **syndrome de manque** en cas d'arrêt ou de diminution. Il existait parfois des **consommations compulsives.**

> Mme I : « C'est surtout le manque de nicotine.» […] « D'arrêter, de passer à cinq en fait, […] c'est comme si c'était une drogue parce qu'on n'a pas sa dose donc euh, on n'est pas bien, on tremble, on n'est pas bien, on transpire, on... Il y a beaucoup de manque, il y a tout ceci, il y a… (Silence) »
>
> Mme A : « Après ben quand ça me prend, j'enchaine cinq, six dans la journée, je ne m'arrête plus. »

La **dépendance psychologique était également exprimée** avec la recherche d'effets hédoniques et thérapeutiques comme développés précédemment.

Enfin, Les femmes évoquaient la **dépendance environnementale,** avec la difficulté de s'abstenir dans certaines situations, ou en présence de fumeurs.

Mme J : « Alors qu'avant euh, dès que j'étais en soirée c'était compliqué, là par contre l'envie de fumer, à gérer c'était, enfin de voir les autres fumer j'avais envie. »

La consommation de tabac **rythmait la journée** pour l'une des femmes.

Mme E : « Bah au moment des repas, c'est toujours, la première cigarette puis après c'est surtout au moment des, après les repas quoi. »

2.2. Les facteurs influençant l'arrêt de la consommation de tabac pendant la grossesse

2.2.1. Les facteurs facilitant l'arrêt

Au premier plan, **la perspective d'un enfant en devenir** a réveillé chez la plupart des femmes interviewées une volonté et une énergie agissant comme **un déclic** pour arrêter de fumer. Le déclic pouvait apparaitre **dès le projet de conception**, ou lors de la connaissance du **statut de grossesse**.

Mme I : « Non. Non ça a été un peu difficile mais pas plus que ça, en fait je me suis mis dans la tête que, que c'était pour ma fille, que c'était pour son bien que je faisais ça que c'était pas que pour moi. » Mme N : « J'ai toujours dit : " quand je serais enceinte, je fumerai pas ", enfin c'était catégorique […] je pense que j'aurais voulu arrêter même avant d'être enceinte, mais ça a fonctionné tellement vite […] »

Cette motivation, en lien avec l'enfant en devenir, résultait en partie d'une **prise de conscience** de la **dyade mère-enfant** et **des conséquences** du tabac sur le fœtus et la santé en général pouvant aller jusqu'à l'apparition d'un sentiment de **peur.**

Mme E : « Bah je sais pas, pour moi c'est toxique quoi déjà c'est toxique pour nous, donc encore plus pour le bébé, donc euh…comme tout passe par nous. » Mme F : « Ben à la naissance il peut avoir des complications respiratoires, des choses comme ça donc euh c'est pour ça que moi j'ai arrêté direct, j'ai eu peur. »

La prise de conscience des risques du tabac était parfois tardive, et décrite face à l'apparition d'un impact concret.

Mme I : « Comme on m'a dit aussi que normalement elle devait être déclenchée si elle prenait pas beaucoup de poids, donc c'est ça qui m'a vraiment fait réagir. »

De manière assez naturelle, les femmes évoquaient également **un faible niveau de dépendance** au tabac comme facteur aidant à l'arrêt.

Mme E : « Bah je suis pas déjà une grosse fumeuse donc euh, pour moi c'est pas compliqué d'arrêter quoi. »

Les femmes interviewées, expliquaient également les facteurs ayant favorisé **le maintien** de l'arrêt ou de la diminution de la consommation de tabac.

Pour les femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse, le stimulus semblait **facilement maitrisé** pendant la grossesse, par **l'absence d'envie**, **de sentiment de manque** et même l'apparition d'un certain **dégoût.**

Mme J : « Surtout en début de grossesse ou alors la cigarette c'était… ça m'a dégouté enfin. » Mme N : » J'ai pas ressenti le manque, enfin, même les premiers jours, les premières semaines ça m'a jamais manqué. J'ai pas eu de difficulté à arrêter. »

Chez d'autres femmes, la baisse de l'envie était plus nuancée et apparaissait dans un deuxième temps, **quand la grossesse évoluait** :

Mme A : « A partir du moment où le ventre il est déjà bien formé, qu'on commence déjà à avoir du mal à respirer, à bouger, à faire des choses, et qu'on fume à coté…Ça reste… Ben là on le ressent, on ressent qu'on n'a pas envie de finir la clope quelquefois. »

Le contrôle du stimulus était au premier plan avec la mise en place de **stratégies comportementales**, telle que : le **changement des habitudes de consommation**, la **compensation par la nourriture,** la **substitution par la cigarette électronique** mais aussi par le fait de **faire autre chose** ou de **ne fumer que partiellement les cigarettes.**

Mme B : « Bah en fait je, quand je diminuais bah à la place de prendre une cigarette, je prenais un gâteau, je prenais un petit gâteau, un petit chocolat […] Pour ne pas fumer, comme ça je, en fait en ayant quelque chose à manger ou à boire, je pensais pas, j'y pensais pas du tout. » […] « Et je m'occupais à faire des activités comme ça avec mon fils, comme ça j'y pensais pas. » […] « [C'est à] dire que je fumais des moitiés et j'écrasais comme ça, ça en faisait que trois, quatre, voire six maximum dans la journée. »

Mme L : « Je pense que c'est une chance que j'étais à la cigarette électronique aussi pour arrêter si vite. Je me dis que j'aurais peut-être pas arrêté si vite. »

Mme M : « […] de changer mes habitudes, de changer de marque de cigarettes, de main avec laquelle on fume, de lieu où on va chercher nos cigarettes,… Enfin, plein de conseils comme ça, c'est vrai que j'ai appliqué avant déjà. »

Les femmes en post partum évoquaient également la mise en place de **stratégies cognitives** pour contrôler l'envie de fumer pendant la grossesse : **l'auto-encouragement**, la **résignation** et **le fait de penser à la reprise**.

Mme B : « J'essayais de, dans ma tête de me dire " non ne va pas fumer, ne va pas fumer ", mais il y a des moments où… »

Mme L : « […] Enfin je me suis résignée point. Et puis, je me suis pas posée plus de questions. » […] « Euh, que, bah je pensais que j'allais vraiment reprendre, donc du coup, […] oui je pensais que c'était dommage d'avoir arrêté tant de temps mais que j'y reviendrais en fait. »

Parmi les facteurs facilitant l'arrêt du tabac pendant la grossesse, les femmes, comme madame M, évoquait le **conditionnement social.**

Mme M : « Ben on nous a toujours dit depuis qu'on est petit, qu'il ne faut pas fumer […] Donc je pense que je cherche même pas à comprendre le pourquoi du comment, on le fait pas et puis c'est tout. »

Les relations aidantes avaient aussi une place importante, avec **les proches** au premier plan.

J : « Qui vous parlait de ce sujet ? ». Mme B : « Bah mes parents, mes tantes, mes tontons […] Bah en disant "fais attention heu, ne fume pas trop c'est dangereux, ça peut avoir des incidences sur le bébé" […] Ca m'a fait des, ça m'a fait pas beaucoup fumer pendant la grossesse. »

Les soutiens extérieurs sont au second plan**, les aides médicales et paramédicales étaient peu évoquées**. Madame M expliquait le rôle important d'un **hypnotiseur.**

Mme M : « Alors, je fumais avant ma grossesse, mais ma gynécologue m'a conseillé d'arrêter dès l'envie de concevoir un enfant, elle m'avait même dit trois mois avant d'arrêter la pilule, ce que j'ai fait. » […] « Ouai j'ai fait ça, l'hypnotiseuse. […] Ben je… ça m'a… je sais pas, ça m'a boosté la séance, j'ai discuté avec elle du pourquoi on fume, l'intérêt, qu'il y en a pas surtout, euh (silence), je sais pas. Après c'est la séance qui est faite comme ça. Après moi, c'est, ses conseils qu'elle m'a donnés avant, je trouve aussi qui m'ont aidée. »

Le coût du tabac était aussi évoqué comme un des facteurs facilitant l'arrêt de la consommation en général.

J : « Qu'est-ce qui a motivé votre arrêt ? » Mme J : « Ah c'était financier surtout, il y a deux ans c'était ça, c'était financier. »

Les femmes ayant continué de consommer du tabac pendant la grossesse, exprimaient des sentiments pouvant être favorables pour l'arrêt : telles que **la culpabilité, le regret, le remise en question, le stress.** Cet **éveil émotionnel** pouvait être perçu comme un facteur aidant au changement de comportement pour des grossesses futures, mais il était également responsable d'une certaine souffrance. Les sentiments exprimés par la femme ayant fumé pendant la grossesse, restaient bien souvent **ambivalents** et complexes.

Mme A : « Ben ça m'a… c'est stressant, parce qu'à un moment donné on se dit : "ben ouais mais ils ont tous raison". Mais... nan mais j'avais envie donc je l'ai fait. On a une part qui se demande… voilà… si on aurait dû arrêter… C'est ce qu'on se dit. »

Mme I : « J'étais vraiment beaucoup mal, même encore aujourd'hui je suis beaucoup mal parce que je me suis dit dans la tête, pourquoi j'ai pas arrêté ? Malgré tout même que c'était difficile, si on a de la volonté on peut. (Silence). »

2.2.2. Les facteurs freinant l'arrêt

L'addiction au tabac était naturellement évoquée comme facteur freinant l'arrêt. Elle était parfois plus forte que tout.

> Mme J : « Même en sachant que c'est très dangereux pour la santé, et que ça coûte cher et, on a du mal à s'en passer. »

La tentation du tabac au contact de fumeurs, à fortiori dans **l'entourage** proche tel que le **conjoint,** semblait freiner l'arrêt.

> Mme E : « C'est parce que moi mon mari fume aussi donc du coup c'est pas forcément évident quoi. »

Pour madame L, **le seul fait de parler du tabac**, donnait envie de fumer.

> Mme L : « Euh, oui, en fin de grossesse mais je me rappelle... c'est peut-être pour ça d'ailleurs que parfois ça me donnait envie de fumer, on me demandait si j'allais reprendre souvent, mais sinon au départ euh, non. »

Les femmes ayant poursuivi leur consommation de tabac durant la grossesse mentionnaient des **perturbations extérieures** diverses comme obstacle à l'arrêt. On retrouvait notamment : **les soucis, le stress, la charge mentale** de la femme enceinte déjà mère, ou encore une **grossesse difficile**. Le fait de fumer semblait être utilisé comme stratégie pour faire face aux difficultés de la vie. Le fait d'être **seule** et **inactive** était aussi évoqué comme facteur freinant l'arrêt.

> Mme A : « Trouver une activité, ne plus être enfermée à la maison avec les deux autres enfants, à faire la même chose tout le temps, le ménage. Et subir la grossesse avec les nausées tout ce qui ne va pas. Sortir plus, voir plus de monde peut-être. […] Oui parce que à la maison, on allume une cigarette parce que on veut se prendre un café, parce qu'on veut souffler soi-disant parce que les deux autres [enfants] sont énervés… donc on allume une cigarette. Alors que si j'étais sortie prendre l'air, je pense pas que j'aurais pris une cigarette. »
>
> Mme E : « J'ai repris parce que j'ai passé un moment difficile dans ma vie, donc j'ai repris la cigarette. »

Certains contextes, comme les consommations d'**alcool** et de **café** semblaient conditionner les femmes et leur donner envie de fumer.

> Mme N : « Après l'accouchement de mon premier, en soirée, avec un verre de vin, j'ai voulu refumer une cigarette. »

Durant les entretiens, les femmes ayant fumé pendant leur grossesse montraient des **mécanismes d'évitement** ayant permis la poursuite de leur consommation sans faire face à ce comportement reconnu comme dangereux. On retrouvait notamment : le **maintien hors de conscience du danger**, la **minimisation des risques,** le **rejet des recommandations**.

> Mme A : « J'ai le droit d'être vulgaire ? […] Ben je me lève et je dis "je vous emmerde et je fais ce que je veux ". Voilà (rires partagés). […] Je le savais [qu'il y avait des effets], mais je ne vivais pas avec, je m'en occupais pas plus que ça en fait. »
>
> Mme B : « Bah je savais que, il fallait pas que je fume énormément, donc je ne fumais pas énormément, pour pas non plus euh, […] [c'est-à] dire que je fumais des moitiés et j'écrasais comme ça, ça en faisait que trois, quatre, voir six maximum dans la journée. »

Elles s'attachaient parfois aux **croyances populaires permissives.**

> Mme I : « C'est ma gynécologue qui m'avait dit comme quoi que, que le tabac c'était pas très bon pour la grossesse. […] Comme on m'a dit c'est déjà bien que j'avais ralenti. »

2.3. Les représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse

2.3.1. L'impact de l'alcool sur la santé

La consommation d'alcool était perçue comme **un danger comparable au tabac**. Au premier plan, elles citaient des risques sur **l'enfant en devenir**, mais aussi sur **la grossesse** et **la femme** en général. Pour certaines femmes, la consommation d'alcool apparaissait comme **plus grave** que la consommation de tabac pendant la grossesse.

> Mme D : « Bah je me dis que c'est à peu près la même chose que le tabac mais en plus grave. »

Il existait **des notions sur les impacts spécifiques** de l'alcool sur le fœtus. Les femmes évoquaient des risques de malformations et d'atteinte du **développement**, plutôt **cérébral**. Madame D évoquait un risque **d'hyperactivité.**

Mme D : « Je sais qu'on peut avoir un enfant euh, je sais pas si c'est hyper actif, je crois. »

Mme L : « En dehors de ça pour le développement ça peut être aussi très mauvais, tout ce qui est cérébral ça pour lui ça peut être nocif... euh... Après euh... »

Deux femmes évoquaient **les risques à long terme,** avec la notion de retard. Madame J était la seule à évoquer le terme de **SAF**.

Mme J : « A bah au syndrome d'alcoolisation fœtale ou, enfin au retard que ça peut, (silence) […] Bah c'est surtout le retard de développement, même après la naissance. »

Mme M : « Ben risque de malformations chez l'enfant […] Ben plutôt je dirais, euh, tout ce qui est au début quand ils font le cerveau, des choses comme ça, c'est mauvais pour l'enfant, que plus tard il se retrouve avec des retards. »

Tout comme le tabac, le **syndrome de sevrage à la naissance** était un risque marquant, répété à plusieurs reprises.

Les **connaissances** étaient **limitées** rarement scientifiques, souvent **présumées et déduites**.

Les risques notamment **hépatiques** connus en cas d'exogénose chronique chez l'Homme, étaient parfois transposés sur le fœtus. Avec un impact perçu comme plus important chez le fœtus qui était qualifié de plus vulnérable, plus petit.

Mme E : « Bah je pense que c'est comme sur nous, c'est encore plus petit donc je pense que c'est encore plus, plus dangereux quoi. »

Mme L : « Oui aussi, je pense que même s'ils ont pas au niveau des doses, la même dose que nous, nous on va prendre par exemple de l'alcool, et bien comparé à nos foies, eux ils ont un tout petit foie enfin... je pense que ça peut être vraiment mauvais pour eux. »

On retrouvait parfois un amalgame avec les risques du tabac pendant la grossesse tel que **fausse couche spontanée** et **prématurité.**

Mme B : « Et sur le fœtus bah c'est pareil, risque de mort. »

Mme J : « Enfin même je suppose que ça enfin, ça peut déclencher des naissances prématurées. »

De façon similaire au tabac, pour certaines femmes le danger **était fonction du terme** avec des **discours contradictoires.**

Mme A : « Quand le fœtus il a bien les mains,…que c'est plus un petit œuf, quand ça commence à avoir les mains et les jambes qui apparaissent comme il faut, pour moi ça doit jouer là-dedans (Silence). »

Mme L : « Bah moi je dirais, je dirais que ça peut être, le plus dangereux pareil au premier trimestre, je sais pas ce que j'ai avec le premier trimestre, mais pour moi c'est, ça va être le plus dangereux. »

2.3.2. L'alcool, un produit socioculturel souvent apprécié.

La majorité des femmes mettaient en avant l'importante **dimension socioculturelle** de l'alcool. L'alcool était perçu comme **convivial** et **festif**. Il était décrit comme **solidement ancré dans la culture et la gastronomie française**, et accompagnait la plupart des **célébrations.**

Mme C : « Je venais d'avoir 18 ans, je fêtais mon anniversaire et puis voilà quoi. C'était juste pour faire la fête avec des amis. »

Mme J : « Oui en soirée, 'fin… (Silence) Un peu de vin à table quand on a du monde. »

Mme N : « Ben c'était plus pour le fromage, pour... Parce que c'est plus pour me faire plaisir à moi. »

Certains types d'alcools comme le Champagne, étaient qualifiés de **produit d'exception.**

> Mme K : « Ben là je vais dire, entre guillemets, ça me privait un peu parce que c'était exceptionnel. Mais bon après j'étais avec mon verre d'eau… de Champagne ! (rires partagés) »

L'alcool était un **plaisir,** une source de **bien-être**, un moyen de relaxation**.** Pour madame A c'était même source de **liberté.**

> Mme A : « Bien, bien. Je n'étais pas ivre, j'étais juste un peu gaie au cours du premier verre parce que je buvais pas souvent. Que voilà, ça fait du bien de se dire que voilà….que… on se lâche, que y a rien, que y a pas d'interdit, que le bébé va bien. Ça ne m'a fait aucun mal, pour moi en tout cas. »
>
> Mme M : « L'alcool, c'était par plaisir. »

La seule femme qui déclarait ne jamais consommer d'alcool, mettait en avant **une dimension religieuse.**

> Mme D : « Je suis musulmane, du coup on se dit que c'est, ça se fait pas, on ne boit pas nous.»

2.3.3. Représentation subjective et normée de la consommation d'alcool

Quand les femmes évoquaient la consommation d'alcool en général, elles la présentaient comme un comportement **normé, encadré.**

« Bien boire », c'est boire **modérément**, **occasionnellement**, uniquement **certains types d'alcools** et dans **un certain contexte.** La bière, le vin le champagne avaient un **statut particulier** de produit anodin, inoffensif et étaient mis en opposition aux alcools dits « forts », qualifiés de plus dangereux.

> Mme D : « Déjà qu'en temps normal on dit de ne pas en abuser. »
>
> Mme H : Je dirais, j'ai aucune connaissance mais je dirais déjà, deux, trois verres d'alcool, après ça dépend l'alcool fort et alcool… Tout ce qui est Whisky tout ça, c'est beaucoup plus fort ou pire que une flûte de champagne quoi […] Bah j'ai mon conjoint qui boit l'apéro de temps en temps donc euh, mais bon après je lui dis stop quoi. »

Mme M : « Avant la grossesse euh, c'était en soirée, avec des amis, de temps en temps avec mon conjoint. Mais ça reste sur des alcools je dirais moins forts, du vin rouge ou du champagne, pas forcément cocktails, ou vodka enfin des choses comme ça. »

Les femmes opposaient au fait de « bien boire », le fait de **« mal boire ».** C'est-à-dire boire de manière **excessive**, **quotidienne, seul**. L'ivresse était dévalorisée, et l'alcool parfois associé à **la violence** et aux traumatismes.

Mme L : « Euh, l'alcool on va dire festif, en soirée pour des repas ou... voilà, sinon pas de, pas à domicile toute seule, ou pour, 'fin pour prendre l'apéro chez moi le soir c'est rare, personnellement. »

J : « Est-ce qu'il y a eu des événements où des proches ont bu de l'alcool, à côté de vous ? »
Mme C : « Oui, et j'ai eu peur, je me suis sauvée, j'avais peur qu'ils donnent un coup parce qu'ils avaient trop bu ou qu'ils ne fassent pas attention ou que… non je me suis sauvée (rires) »

Madame A exprimait également cette **opposition**. Elle mettait en avant ne pas **« être buveuse » lorsqu'elle buvait quelques bières.**

Mme A : « Y en avait pas plus que ça, moi je ne suis pas une buveuse moi. Si je bois un apéro, ça va être une bière vite fait donc c'est resté comme ça. »

2.3.4. Représentation sociale clivante de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse était globalement **un principe connu socialement intégré, comme pour le tabac.**

Mme C : « Ben c'est eux [les proches] qui disaient "il ne faut pas boire", donc (rire), je ne buvais pas. » […] « La base c'est qu'il faut pas boire et pas fumer pendant une grossesse, pour moi, donc … Donc c'était naturel. »

Cependant **la définition** de « ne pas boire d'alcool pendant la grossesse » était parfois **confuse.**

> Mme I : « Pour moi comme je vous dis j'ai pas bu, j'ai pas bu pendant la grossesse, donc moi ça m'a pas gêné. » J : « Et pendant les repas de fête par exemple? » Mme I : « Non, il y a juste à nouvel an que j'ai été boire une petite coupe de mousseux mais c'est tout. »

Boire **beaucoup** d'alcool et de manière **répétée** était **nocif** de façon unanime.

> Mme N : « J'imagine que c'est de manière répétée. (Silence). Un verre tous les jours, là ça doit commencer à être nocif, ou même un verre par semaine, ou je sais pas. »

Pour la consommation d'alcool dite occasionnelle, **deux visions s'opposaient.**

Pour certaines femmes **toute consommation d'alcool pendant la grossesse était dangereuse et exclue**. Avec des risques dès le premier verre et à tout moment, comme pour le tabac.

> Mme K : « Ne serait-ce que un verre, ça peut être très dangereux pour le bébé donc… » […] « Je pense, après je peux me tromper (sourire). A tout moment, ça peut avoir des effets. Parce que le fœtus se développe tout le temps, donc […] Vraiment, de toute façon, fumer et alcool pendant la grossesse, c'était d'entrée de jeu très clair pour moi, c'était "zéro alcool, zéro tabac". »

Pour madame J, le risque était **aléatoire,** ce qui rendait toute consommation inacceptable.

> Mme J : « […] moi ça c'était inenvisageable par contre, je trouve que vraiment l'alcool c'est **la loterie**… » […] « Autant on peut avoir des mamans qui s'alcoolisent toute la grossesse et le bébé va bien, autant je pense que, enfin j'ai, j'ai en tête que un verre ça peut être euh, ça peut avoir des graves conséquences sur, sur le bébé. »

Pour d'autre, la consommation d'alcool **occasionnelle** pendant la grossesse était **sans danger**

> Mme N : « J'ai simplement bu un verre de vin à Noël et la moitié d'une coupe de champagne à nouvel an. » […] « Enfin à petite échelle, le verre que j'ai bu je suis consciente que ça a aucun effet sur… enfin sinon je l'aurais pas fait de toute façon. »

Cette vision **clivante** de la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse était qualifiée de **générationnelle** pour madame G et madame M. Elles considéraient que l'alcool était parfois proposé par **« politesse »,** par **« réflexe ».**

Mme G : « Ben, je me suis dit, c'est vrai qu'il y avait eu une époque où on disait, un verre ça faisait pas de mal, je sais que mes parents m'en parlaient aussi. Mais non j'en avais pas… » […] « Est-ce que c'était pas une politesse de proposer aussi, peut-être parce que… embêté d'avoir peut-être rien à proposer à côté, (rire) ou je sais pas. »

La consommation d'alcool pendant la grossesse, (importante et/ou occasionnelle selon les convictions) souffrait d'une certaine **pression sociale**. Ce comportement était qualifié **d'irresponsable, d'inconscient**, de **choquant** et engendrait l'image de **« mauvaise mère ».** Ces discours moralisateurs et ces préjugés étaient parfois **plus importants que pour le tabac.**

Mme K : « Je trouve ça… après c'est mon point de vu, hein ! Je trouve ça irresponsable. […] On sait que c'est mauvais pour l'enfant, donc je comprends pas comment on peut faire un… enfin, comment on peut continuer à boire de l'alcool alors qu'on est enceinte. […] Je trouve que c'est, enfin… oui c'est irresponsable, et puis on met en danger la vie future de son enfant, Donc…. » (Elle semble émue) J : « C'est quelque chose qui à l'air de vous toucher ? » Mme K : « Oui, oui, parce que pour moi, être maman c'est protéger déjà son bébé. »

Mme J : « Bah je sais pas, alors après, je sais pas je suis moins, enfin ça me choque moins qu'on n'arrête pas de fumer plutôt qu'on n'arrête pas de boire pendant la grossesse. »

Tout comme le tabac, on retrouvait **des préjugés** sur le niveau social des consommatrices d'alcool enceintes.

Mme N : « Je pense que il y a (silence), il y a des gens qui effectivement sont pas informés parce que voilà dans leur famille on a toujours bu, enfin ils ont toujours vu les femmes enceintes […] fumer et boire de l'alcool pendant la grossesse donc c'est normal, personne ne les a informées. Mais je pense que, quand on est dans un milieu social moins aisé, on peut aussi très bien être informé. Néanmoins, on voit quand même, beaucoup moins souvent des gens dans le milieu social plus aisé, (silence) boire beaucoup d'alcool ou fumer. Quand ils connaissent les risques je pense consciemment les gens ils font plus attention, à… (Silence) »

Madame J était une des rares femmes à exprimer de la **compréhension** vis-à-vis des femmes **atteinte d'addiction** à l'alcool.

Mme J : « Voilà, une maman qui peut pas s'arrêter de boire parce qu'elle est malade, bon voilà c'est tout, ça s'ex… Enfin voilà ça s'explique. »

2.3.5. L'alcool chez les femmes enceintes : un produit addictif tabou

Quand nous abordions le sujet de l'alcool en général, Les femmes avaient tendance à **minimiser** et à justifier leur consommation.

Mme H : « Une petite goutte d'alcool de temps en temps, vraiment quand il y a une petite goutte de champagne pour arroser quelque chose mais sinon en alcool, rien du tout. »

Mme L : « Euh, l'alcool on va dire festif, en soirée pour des repas ou... voilà, sinon pas de, pas à domicile toute seule, ou pour, fin pour prendre l'apéro chez moi le soir c'est rare, personnellement. »

Les femmes minimisaient également leur consommation éventuelle d'alcool pendant la grossesse. Paradoxalement, celles qui buvaient de l'alcool de façon modérée et occasionnelle, mettaient toujours en avant **l'abstinence**. Il était parfois difficile de savoir si cette contradiction était liée à la définition floue du terme « boire de l'alcool », comme expliqué précédemment, ou au tabou autour de ce comportement.

Mme A : « Normalement c'est dangereux, après moi, j'ai pas bu je peux pas vous dire… » […] « La bière, les Martini ça s'est arrêté là [pendant la grossesse]. »

Mme N : (Après avoir expliqué son arrêt total du tabac pendant la grossesse) « Euh, c'est pareil, déjà naturellement je bois pas énormément. J'ai simplement bu un verre de vin à Noël et la moitié d'une coupe de champagne à nouvel an. »

Pour madame F qui reconnaissait avoir bu quotidiennement, cela a paru **difficile à avouer.** Elle reconnaissait des **consommations compulsives**, voire même un sentiment de **manque.** Ses **envies** étaient rattachées aux « envies de grossesse »

Mme F : « Bah ça m'est arrivé de boire un ou deux verres (pendant la grossesse) quand pareil je recevais du monde. » […] J : « Est-ce-que vous avez eu des moments plus difficiles pendant la grossesse liés à l'alcool ? » Mme F : « Ouais ça m'est arrivé à mon quatrième mois je crois, j'avais des envies de vin blanc » […] « Ouais c'était, euh oui c'était vraiment une obsession donc oui tous les jours je buvais un petit peu quand même. »

L'addiction à l'alcool était **éludée** contrairement au tabac, elle paraissait **taboue**. Madame M mettait en opposition le plaisir de l'alcool et l'addiction au tabac.

Mme M : « L'alcool, c'était par plaisir, alors que le tabac c'était plus une dépendance. »

Le fait d'aborder le sujet paraissait parfois gênant, avec l'apparition de trait d'humour. **L'absence de manque** était mise en avant.

Mme K : « Oui après un peu comme tout le monde, à l'apéritif, euh… Je suis pas une très grande consommatrice (rires). » Mme M : « Oui (rires), J'ai pas eu de manque, non. »

2.4. Les facteurs influençant l'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse

2.4.1. Facteurs freinant l'arrêt

Les difficultés éventuelles liées à l'arrêt de l'alcool paraissaient également taboues et n'était pas toujours clairement exprimées. Ce tabou était à lui seul un facteur freinant l'abstinence car il limitait le repérage et la prise en charge par les professionnels.

L'enracinement, important dans la **culture** et la **société,** était le principal facteur exprimé freinant l'abstinence. Le fait **de participer à des événements socialement alcoolisés** et de **ne pas faire comme tout le monde,** "ne pas célébrer", paraissaient parfois difficile.

Mme K : « Ouais voilà, ça c'est une bonne méthode alternative, et puis ça nous permet de pas non plus être coupé, pendant un barbecue, ou quelque chose comme ça (rire). […] d'être coupé de tout le monde qui boit un verre d'alcool à l'apéritif. » Mme L : « Ça m'a pas du tout, euh, manqué ; si y a peut être une fois au mariage de ma sœur, où je me suis dit "Oh je prendrais bien un verre de champagne" mais... »

La consommation d'alcool était parfois tellement socialement ancrée que **l'abstinence dévoilait le statut de grossesse**, ce qui pouvait gêner les femmes qui souhaitaient que cela reste confidentiel au premier trimestre.

Mme M : « C'est plutôt au tout début, avant d'annoncer sa grossesse, où le fait de pas boire, les gens ils disent tout de suite "T'es enceinte" » […] « Ben mon conjoint il faisait semblant de boire (rires partagés), c'est un peu stressant, mais c'est tout, après c'est normal. »

On retrouvait parfois un **comportement d'évitement** dont le lien de causalité était **complexe.**

L'évitement était-il pour ne pas faire face au danger de l'alcool pendant la grossesse ou au tabou lié à celui-ci ? Certaines femmes **minimisaient leur consommation** et **se désimpliquaient.**

Mme A : « Normalement c'est dangereux, après moi, j'ai pas bu je peux pas vous dire… » […] « La bière, les Martini ça s'est arrêté là [pendant la grossesse]. »

D'autres s'attachaient aux **croyances populaires.**

Mme F : « Oui à la mère de ma meilleure amie qui m'a dit que elle c'était dû, quand elle était enceinte, elle avait des envies de vin rouge et que son médecin il lui avait dit qu'il faut qu'elle boit, fallait qu'elle suive ses envies. […] Ben du coup j'ai suivi ce qu'elle m'a dit comme j'en avais envie. »

L'envie et le manque d'alcool, signant une **dépendance,** étaient bien sûr un facteur freinant l'arrêt, comme l'expliquait madame F.

Mme F : « Ben ça me faisait du bien mon envie après elle passait et puis euh parce que tant que je buvais pas et puis que je ne mangeais pas la pâtisserie ça... en fait, ça m'obsédait, c'était vraiment j'en avais envie. »

2.4.2. Facteurs facilitant l'arrêt

Certains facteurs étaient semblables pour l'alcool et **le tabac.**

La perspective **de l'enfant en devenir** était la motivation clé, **le déclic** qui rendait **l'arrêt de l'alcool naturel.**

La prise de conscience que ce soit de la **dyade mère-enfant**, ou des risques **pour l'enfant en devenir**, mais également pour **la femme enceinte vulnérable** semblait faciliter l'arrêt. Il existait parfois un sentiment de peur. **L'entourage** s'avérait être un aidant pour cette prise de conscience. **Le conditionnement social** favorisait, quant à lui, la décision d'abstinence.

Pour l'une des femmes, **la religion** était le facteur permettant l'abstinence.

Mme D : « Je suis musulmane du coup on se dit que c'est, ça se fait pas, on ne boit pas nous. »

Pour favoriser le maintien de l'abstinence, la substitution par des boissons sans alcool, ainsi que l'évitement des événements socialement alcoolisés, semblaient aider.

Mme K : « En plus il y a beaucoup de méthodes alternatives […] Enfin pleins de choses sans alcool qu'ils font maintenant, et (silence) qui peuvent être pris à l'apéritif donc c'est pas… » Mme J : « Ah bah, j'ai pas été enceinte à Noël donc du coup ça va… »

La majorité des femmes évoquait également avoir développé **un dégout, un détachement** vis-à-vis de l'alcool pendant la grossesse.

Mme G : « En fait, j'étais enceinte de cinq jours, et puis on m'a offert une coupe de champagne, j'ai jamais réussi à la boire. Alors que j'aimais bien le champagne, et j'ai eu un dégout, j'ai pas réussi à boire la coupe. »

Madame F, qui a bu de l'alcool régulièrement pendant la grossesse avait développé des sentiments pouvant favoriser l'abstinence lors d'une grossesse future. S**a souffrance** était également perceptible. Elle **rejetait sa consommation plus ou moins consciemment** et éprouvait **des regrets.**

Mme F : « Je... ouais... je buvais un ou deux verres » J : « […] Comment vous vous êtes sentie ? » Mme F « bah, j'ai pas... (Silence) j'ai pas bien pris on va dire, nan c'est mal passé » […] « Nan ben envie de vomir, comme si que ça restait bloqué là, que ça passait pas » […] « Je sais pas, c'était peut être, je sais pas, comme au début de ma grossesse je vomissais beaucoup » […] « Ben ouais […] c'est pas bien quand on est enceinte, on doit pas fumer et on ne doit pas boire […] Parce que c'est pas bon déjà pour nous et puis pour euh, pour notre bébé » […] « bah oui je l'ai fait mais... mais c'est pas bien. »

2.5. Autres résultats, la femme face au message de prévention

Certaines femmes évoquaient un message de **prévention omniprésent** itératif et multiple.

Mme K : « Ben je sais que mon médecin traitant il met des affiches déjà, pour l'alcool, chez le gynécologue pareil, tabac, alcool. On le sait, on est prévenu, on a… et y a beaucoup, de choses qui nous le rappelle. »

Elles étaient **peu réceptives au savoir** qui était plutôt considéré comme **médical** ou destiné uniquement **aux consommateurs.**

Mme B : « Après je sais pas, je suis pas vraiment médecin. »
Mme H : « Bah non (rire) parce que comme je bois pas d'alcool du coup bah je me suis pas intéressée à ce sujet-là. »

IV. DISCUSSION

1. Choix du sujet

Le tabac et l'alcool sont les deux principaux toxiques consommés pendant la grossesse, et représente donc un enjeu majeur de santé publique. La femme enceinte, avec la perspective d'un enfant en devenir, ressent généralement une motivation importante à l'arrêt de ces conduites qu'il faut saisir et accompagner. De plus, le statut de grossesse implique un suivi médical régulier, ce qui représente autant d'opportunités pour lutter contre ces comportements.

Le médecin généraliste connait les dimensions socio-économiques et familiales de ses patientes. En 2016, 19.3% des femmes enceintes ont consulté un médecin généraliste pour le suivi. [25] Il représente donc un acteur privilégié pour le dépistage et la prise en charge dans leur globalité, des consommations de tabac et d'alcool pendant la grossesse.

Il me paraissait important d'orienter mon sujet de thèse sur les représentations des femmes, pour mieux les comprendre, dans l'optique d'améliorer la prise en charge. Les premières recherches bibliographiques ont confirmé l'intérêt de ce travail devant le peu d'études menées sur le discours des femmes sur ce sujet.

Le sujet de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse est vaste. Il aurait pu être intéressant de se focaliser sur une substance, pour éviter les comparaisons et amalgames réguliers entre les deux produits ce qui a pu influencer le discours des femmes. Cependant, l'addiction, particulièrement à l'alcool, est reconnue comme un sujet sensible. L'intégration des deux produits, dans une approche plus globale, a probablement permis de libérer la parole.

2. Choix de la méthode

Etude qualitative : Cette méthode privilégiée en sciences humaines se développe de plus en plus en médecine générale. Elle est d'ailleurs complémentaire de la recherche quantitative. Elle ne donne lieu à aucune donnée statistique et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population. Elle dispose de ses propres critères de certification et les résultats ne sont pas moins valides ou fondés que les résultats de recherche quantitative.

La prévention des conduites addictives s'appuie aujourd'hui principalement sur des savoirs quantifiés par l'épidémiologie qui privilégient les facteurs objectifs, plutôt que sur la prise en compte de la subjectivité des acteurs. La notion de plaisir dans les conduites addictives est souvent oubliée en santé publique.

Nous pensions par conséquent qu'il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche : Pourquoi les femmes continuent de consommer du tabac et de l'alcool pendant la grossesse malgré les moyens mis en œuvre ?

Entretiens semi-dirigés : Nous avons choisi cette méthode car nous pensions que c'était la plus appropriée pour explorer le phénomène dans toutes ses dimensions. Nous ne souhaitions pas induire les réponses des femmes par nos propres connaissances et croyances mais plutôt les laisser s'exprimer librement pour voir émerger de nouveaux déterminants.

Entretiens individuels : Nous avons abordé un sujet personnel avec les interviewées, faisant appel à leurs sentiments, leurs ressentis et à leurs habitudes de consommation souvent critiquées, ce qui n'est pas toujours facile à exprimer en public. L'interviewée pouvait s'exprimer librement et sans sentiment de gêne vis-à-vis de la présence de son médecin traitant, de son gynécologue, de sa sage femme ou d'autres interviewées si le travail avait été effectué en focus group.

Cependant, un entretien individuel avec une femme qui vous ne connaissait pas, dans un lieu inconnu du médecin intervieweur ou de l'interviewée ne favorisait pas toujours les confidences. C'est pourquoi nous avons essayé que les lieux soient calmes sans risque d'être dérangées. D'autre part, nous avions introduit dans le guide d'entretien des questions « brise-glace » s'intéressant aux caractéristiques des femmes interviewées, afin de mieux les connaître, de les mettre à l'aise, pour qu'elles puissent s'exprimer librement sur les questions relatives à l'objectif principal et secondaire. Pour les femmes les plus réservées, nous avons repris leurs idées au fur et à mesure de l'entretien afin qu'elles puissent les développer davantage.

3. Modalités de recrutement des interviewées

Des femmes en post partum : Elles étaient directement concernées par le sujet et avaient le recul nécessaire sur leur consommation éventuelle. La grossesse était un événement récent, ce qui limitait les biais de mémorisation. De plus, elles étaient pour la plupart en congé maternité, ce qui limitait les contraintes de temps, pour la planification des entretiens.

Recrutement en lien avec les services de PMI :

Nous avons diversifié les modes de recrutement avec l'aide des puéricultrices des PMI qui sont en contact avec toutes les femmes en post partum dans leur secteur. J'ai également recruté des femmes durant mes remplacements ambulatoires, le but était de limiter les erreurs d'échantillonnage en variant le profil des femmes.

Initialement, nous avions prévu d'effectuer le recrutement dans les différentes maternités du département. L'idée a été abandonnée car le post partum immédiat est une période de chamboulement et la maternité est un lieu médicalisé, où elles sont en manque de repère. Nous aurions pu recruter des femmes en centre d'addictologie, pour mieux les comprendre et diversifier davantage nos entretiens. Cependant, il s'agit également d'un lieu médicalisé, où les femmes sont déjà prises en charge et souvent en grande détresse. Ces deux modes de recrutement auraient introduit un déséquilibre dans la relation avec les femmes interviewées.

4. Déroulement des entretiens

Les femmes étaient généralement en présence de leur nourrisson. Les pleurs faisaient partie des aléas qui pouvaient perturber le déroulement des entretiens.

Nous limitions le risque de ce biais en laissant à la mère le choix de l'heure de l'entretien. En cas de pleurs, je l'encourageais à prendre tout le temps nécessaire pour calmer son enfant afin de permettre une reprise de l'entretien dans de meilleures conditions.

De plus, les bébés présents étaient en bonne santé au moment des entretiens, ce qui a pu limiter les déclarations de consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. Exprimer les possibles difficultés liées à l'arrêt de ces comportements est un sujet sensible. Le faire en présence de l'enfant né, peut renforcer un sentiment de culpabilité.

Les entretiens en service de PMI ont eu lieu dans un cabinet annexe, mis à notre disposition. Il était inoccupé et sans limite de temps, pour permettre la confidentialité et la tranquillité indispensable au bon déroulement des entrevues.

Les entretiens au domicile, ont eu lieu après prise de rendez-vous, dans leur environnement afin qu'elles puissent se sentir à leur aise et que le climat puisse être propice aux confidences sans que nous soyons limitées dans le temps.

Malgré ces dispositions, nous pouvions nous demander si, par ma position de futur docteur en médecine, je n'avais pas influencé certains propos, de sorte qu'elles me donnaient des réponses socialement attendues par peur ou gêne inavouée. Ce biais de désirabilité sociale était limité par le fait d'être en tête-à-tête, et le rappel de l'anonymat.

5. Méthode d'analyse des résultats

Les propos rapportés par les interviewées ont été retranscrits mot à mot après réécoute des enregistrements audio. Nous avons analysé les entretiens grâce au logiciel N'Vivo 11®, nous avons alors regroupé les idées des femmes en nœuds principaux puis sous-nœuds, puis sous-sous-nœuds sans interprétation de leurs propos. Le problème principal de ce type d'analyse était de ne pas introduire de biais d'interprétation, c'est pourquoi nous avons triangulé nos données avec le médecin directeur de thèse pour trois des entretiens.

Le biais de mesure et d'observation est également possible du fait de mon absence d'expérience préalable. Afin de réduire ce risque, j'ai débuté mon travail de thèse par un apprentissage de la méthodologie de la recherche qualitative [31]. J'ai également effectué un entretien test.

6. Les résultats

6.1. Les représentations

<u>Pour le tabac :</u>

Le tabac était présenté comme un produit dangereux, avec des impacts spécifiques sur le fœtus et sur la grossesse. Ces connaissances étaient quasi universelles même s'il persistait quelques idées reçues. Le principe « zéro tabac », était clair et ancré dans un ensemble de règles hygiéno-diététiques établies pendant la grossesse.

Ces résultats corroborent ceux de la thèse d'Aurélie Jandard en 2016 [32]. Dans son étude, la majorité des femmes déclarait que le tabagisme gravidique avait un impact sur la fertilité, sur la grossesse et sur le nouveau-né et approuvait son arrêt. Cependant, il apparait que les connaissances ne suffisent pas à changer un comportement. Pour favoriser un changement de comportement, il faut d'abord le comprendre, il faut s'attacher aux significations que revêtent les pratiques de chacun.

Les résultats de notre étude mettaient en évidence des femmes fumeuses ambivalentes. Les interviewées étaient partagées entre d'une part, le danger de leur comportement sur elles et leur futur enfant, la norme du « zéro tabac » voire la pression sociale et d'autre part, l'addiction ainsi que les effets positifs du tabac.

Le tabac était utilisé par les femmes pour son effet anxiolytique, comme stratégie pour faire face aux difficultés personnelles. Une stratégie efficace à court terme mais inadaptée. Le tabac était également utilisé pour son pouvoir anorexigène. La grossesse est une période où le corps de la femme change et la prise de poids associée est parfois une problématique. Enfin, le tabac était perçu par l'une des femmes comme un facteur d'émancipation, et de maîtrise de soi qui semblait parfois lui échapper durant la grossesse. Les particularités du tabagisme féminin résultent en partie d'une stratégie marketing puissante de près d'un siècle. Les effets positifs du tabac recherchés par la fumeuse doivent être pris en compte par les professionnels de santé pour augmenter les chances de réussite du sevrage.

L'addiction paraissait puissante et socialement reconnue, avec une dépendance physique, psychologique et environnementale. La norme claire du « zéro tabac » aboutissait parfois à une pression sociale forte. La femme enceinte fumeuse véhiculait l'image de « mauvaise mère », source de souffrance pour elle. Ces résultats invitent à développer un modèle d'accompagnement avec une attitude empathique des professionnels de santé, plus encourageante que culpabilisante.

<u>Pour l'alcool</u> :

L'alcool pendant la grossesse était synonyme de danger et la recommandation d'abstinence était globalement connue mais sujette à des interprétations. L'opinion des femmes restait partagée pour les risques d'une consommation occasionnelle et les conséquences de l'alcoolisation fœtale demeuraient limitées voire erronées. Pour certaines femmes, l'image de dangerosité dépendait du type d'alcool. Ces résultats corroborent ceux de Santé publique France en 2017 et plus récemment de la thèse quantitative de *Mathilde Belle en 2018.*

Dans l'étude de Mathilde Belle, 9.4% des femmes nulligestes en âge de procréer approuvaient l'affirmation « on peut boire un verre de vin de temps en temps pendant la grossesse », 74.3% considéraient l'alcool à risque dès le premier verre pendant la grossesse et 68.6% que la dangerosité entre les alcools était équivalente. [33]

De 2004 à 2017, Santé publique France a étudié à quatre reprises les connaissances et perceptions du risque de l'alcoolisation pendant la grossesse auprès des Françaises. En 2017 44% des Françaises déclaraient spontanément qu'il n'existait pas de consommation d'alcool sans risque pour l'enfant et 64% savaient qu'un verre de vin ou de bière est tout aussi dangereux qu'un verre d'alcool fort (contre respectivement 25% et 53% en 2015). [34] La prise de conscience est encourageante mais encore trop lente, d'où l'importance de continuer la communication sur le SAF, l'ETCAF et sur l'absence de seuil minimal. C'était l'objectif du mois de sensibilisation nationale du SAF en septembre 2018.

Les représentations de la consommation d'alcool gravidique étaient intimement liées à ceux de la consommation en général, ancrées dans une importante dimension socioculturelle. C'était un produit enraciné dans la culture française, synonyme de convivialité, de célébration et de plaisir. Certains alcools conservaient une image de produit anodin voire exceptionnel. La dangerosité d'une unité d'alcool était perçue comme différente selon le type de produit. Il semble que la sensibilisation doit se poursuivre à ce niveau, même si une évolution générationnelle est perceptible.

D'autre part, nous nous sommes aperçus, au fil des entretiens, que la consommation d'alcool était un comportement normé et codifié. Le mésusage social et l'addiction était un sujet sensible.

La consommation d'alcool chez la femme, de surcroît enceinte, était taboue pour le grand public. Elle apparaissait comme responsable de l'enfant en devenir et souffrait régulièrement d'une pression sociale.

Les représentations de la consommation d'alcool paraissaient donc complexe, entre fascination et profond rejet. Cela laisse peu de place pour les professionnels de santé et rend difficile le dialogue nécessaire à une bonne prise en charge.

Comme le recommande la SFA, il est important de continuer à sensibiliser les professionnels de santé, pour que le dépistage systématique ait lieu avec des questions ouvertes, intégrées dans une approche globale des facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse. Le terme alcool doit être proscrit car il tend à renvoyer uniquement aux alcools dits « forts », il est donc préférable de citer les différents types.

En 2017, malgré les multiples recommandations, Florence Douget et Thierry Fillaut, rapportaient chez les médecins généralistes une méconnaissance des effets de l'alcoolisation fœtale et une réserve vis-à-vis de l'idée d'assimiler toute forme de consommation d'alcool durant la grossesse à un mésusage. Ces professionnels n'évoquaient pas le sujet avec toutes les femmes enceintes qui les consultaient et tendaient à mésestimer ou sous-estimer le risque alcool et grossesse au sein de leur patientèle. [35]

Dans notre étude, on retrouvait des préjugés sociaux envers la femme enceinte qui consomme de l'alcool. Cette vision biaisée semblait donc être partagée par une partie des médecins généralistes et entrave probablement le dépistage systématique. [35] Elle était pourtant en décalage avec les caractéristiques de la consommatrice d'alcool pendant la grossesse qui se dégageaient de l'enquête périnatale de 2010. Selon cette étude, la consommatrice était plus âgée, de parité et de niveau d'études plus élevé que la non consommatrice. La consommation de boissons alcoolisées était plus fréquente chez les femmes de nationalité française, en activité, conjointe de cadres supérieurs, professions intellectuelles ou agriculteurs. Cette consommation était d'autant plus fréquente que les revenus du ménage étaient élevés. « Un milieu social précaire rend probablement plus visibles des problèmes qui passeraient facilement inaperçus dans un contexte social favorisé » Agnès Dumas [36]

Il parait important de travailler sur les préjugés et le tabou autour de la consommation d'alcool qu'ont les professionnels de santé et le grand public pour permettre un meilleur dépistage et accompagnement.

Une femme enceinte reste singulière et les représentations de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse sont variées.

6.2. Les facteurs influençant le changement

Les résultats obtenus, viennent étayer la célèbre théorie des stades du changement de comportement, décrite par Carlo DiClemente et James Prochaska. [37] Dans cette théorie, aussi appelée modèle transthéorique, le changement de comportement est décrit comme un phénomène naturel et habituel chez l'être humain.

Il s'effectue à travers différents stades ordonnés de façon chronologique, le sujet passant d'un stade à l'autre souvent de manière cyclique mais parfois de manière anarchique. Le processus se caractérise par des rechutes fréquentes au niveau précédent. Six stades sont décrits : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien, la terminaison.

Entre chaque stade, DiClemente et Prochaska ont décrit neuf procédés de changement correspondant aux différents mécanismes et activités entreprises par l'individu pour modifier son comportement. Ces procédés sont : l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle du stimulus.

Les facteurs facilitant l'arrêt du tabac et de l'alcool :

La majorité des facteurs facilitant l'arrêt de la consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse pour les femmes de notre étude, correspondait aux neuf procédés décrits par DiClemente et Prochaska.

De plus, le coût excessif du tabac semblait être un facteur facilitant son arrêt. Dans la littérature, une méta-analyse actualisée en 2017, regroupait diverses interventions visant à favoriser l'arrêt du tabac chez la femme enceinte. Elle concluait que les interventions psychosociales, dont les incitations financières conditionnelles à l'abstinence tabagique, apparaissaient comme efficaces. [38] Dans le cadre du PNRT (Plan National de Réduction du Tabagisme) 2014-2019, une étude a été menée dans 18 maternités françaises avec pour objectif de tester l'efficacité des incitations financières conditionnelles à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte fumeuse. Les résultats de l'étude seront disponibles en 2019. [39]

Les facteurs freinant l'arrêt du tabac et de l'alcool :

La plupart des facteurs évoqués par les femmes comme freinant l'arrêt du tabac était le miroir de certains des procédés décrits par DiClemente et Prochaska : la tentation qui entravait le contrôle du stimulus, les mécanismes d'évitement qui limitaient l'éveil émotionnel et le conditionnement contre lequel il fallait lutter.

Il a paru évident durant ce travail, que le thème des facteurs freinant l'arrêt de l'alcool pendant la grossesse était un sujet sensible et intimement lié aux représentations sociales. Il a été peu abordé en profondeur car il n'était pas socialement convenu surtout face à un professionnel médical inconnu.

Le rôle des professionnels de santé est de renforcer cette dynamique du changement tout en s'adaptant au stade où se trouve la personne.

6.3. Les résultats au regard des outils disponibles et de la littérature

Les femmes de notre étude n'ont cité que rarement le rôle des professionnels de santé dans l'accompagnement à l'arrêt de leur consommation de tabac et d'alcool, ce qui nous amène à nous questionner sur leurs pratiques.

En 2016, Ferreira Christina a étudié les modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France chez les professionnels de santé effectuant des consultations prénatales (dont 15% de médecins généralistes). Pour la prise en charge, malgré les recommandations, le repérage précoce et l'intervention brève, sont peu connus (26%). La plupart des professionnels (81%) orientaient leurs patientes présentant des conduites addictives vers une équipe spécialisée, et seulement 9% effectuaient un entretien motivationnel.

En médecine générale, l'entretien motivationnel fait partie des outils non médicamenteux recommandé en première intention. Pour Miller et Rollnick, c'est « une méthode directive, centrée sur la personne, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence […] Une approche pour faciliter la communication qui fait émerger le changement naturel» [37]. Les séances longues sont plus efficaces que les séances courtes mais ne sont pas toujours faciles à organiser en pratique de médecine générale. Il est intéressant dans ce cas de proposer plusieurs consultations dédiées d'environ 20 minutes [16]. En pratique, de nombreux médecins utilisent empiriquement certains principes de l'intervention motivationnelle sans y être formés.

La question des connaissances et pratiques des médecins généraliste concernant la prise en charge de la consommation de tabac et d'alcool se pose. Selon l'étude de Ferreira Christina, 40% des professionnels sondés déclaraient avoir reçu une formation sur les conduites addictives et la grossesse. [40]

Pour le tabac, durant les entretiens, Les TNS n'ont pas été cités comme facteurs pouvant faciliter l'arrêt. Ils sont autorisés chez la femme enceinte depuis 1997 et décrits par l'HAS, comme les traitements médicamenteux de première intention [16]. Ils ont une balance bénéfice/risque favorable permettant l'évitement des 7000 autres composés, de la cigarette en particulier le monoxyde de carbone (CO), induisant la normalisation de l'oxygénation fœtale. A noter qu'en raison de l'accélération du métabolisme de la nicotine, des doses plus élevées pendant la grossesse sont nécessaires pendant au moins huit semaines. La substitution nicotinique permet de limiter les signes de manque, l'excès de prise de poids et les pulsions pour les aliments sucrés. Selon Michel-henry Delcroix, l'un des freins à leur utilisation semblait être la méconnaissance des professionnels de santé. [41]

Durant les entretiens, les effets anxiolytiques et anorexigènes du tabac semblaient freiner son arrêt pendant la grossesse. Pour une prise en charge adéquate, il est donc nécessaire de donner aux femmes les outils alternatifs nécessaires à la gestion de son stress et de son poids. [41]

La grossesse est une période privilégiée avec un suivi médical régulier et une étape charnière dans la vie d'une femme. Dans une approche plus globale, il pourrait être intéressant de développer des consultations d'éducation à la santé pendant la grossesse, dédiées et systématiques. La démarche d'éducation à la santé, en plein développement, s'appuie sur le concept anglo-saxon d'*empowerment* ou autonomisation : « Il ne s'agit pas d'inculquer (à la personne) de nouvelles connaissances ou compétences en fonction de normes de santé préétablies, mais de se mettre à son écoute et de s'engager dans un dialogue qui l'aide à accéder à ses ressources. » Aujoulat I. 2006. [42]

V. CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer les représentations des consommations de tabac et d'alcool pendant la grossesse chez les femmes en post partum et de comprendre les facteurs freinant et facilitant l'arrêt de ces comportements. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés montre la pluralité des éléments conduisant au changement.

Globalement la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse s'améliore mais reste perfectible. Les principaux obstacles à l'arrêt du tabac pendant la grossesse semblent être liés aux effets thérapeutiques et hédonique de celui-ci ainsi qu'à son important pouvoir addictif. Un accompagnement global et adapté à chaque femme serait à développer. Pour l'alcool, les freins à l'arrêt sont en partie liés aux méconnaissances du sujet par les femmes, ainsi qu'à l'importante dimension socioculturelle de celui-ci. La consommation d'alcool chez la femme, de surcroît enceinte, est un tabou qui entrave le dépistage et la prise en charge.

L'exploration du vécu des comportements addictifs propre à chaque femme permettrait de développer des actions centrées sur la personne en intégrant des composantes psychosociales. Le but étant de permettre aux femmes enceintes d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion optimale de leur comportement à risque tout en protégeant leur bien-être émotionnel.

Pour les femmes de cette étude, la place du professionnel de santé est mineure dans l'accompagnement à l'arrêt de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. A l'échelle de la médecine générale, cela pose la question de la pertinence de la formation initiale des médecins sur l'approche biopsychosociale des conduites addictives. Certains enseignements existent pendant le 3eme cycle d'études médicales de médecine générale mais restent encore trop restreints. Davantage de formation et de sensibilisation concernant cette approche semblent nécessaires.

Les ouvertures de ce travail sont larges, ce sujet pourrait être étoffé et faire l'objet de travaux supplémentaires, en reprenant les résultats de notre étude pour effectuer, par exemple, une recherche sur la place des médecins généralistes et leurs pratiques dans l'arrêt de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, pour connaitre et optimiser la prise en charge des femmes.

VI. BIBLIOGAPHIE

1- Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005; 34: 135-45.

2- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V et al. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.

3- Toutain S, Germanaud D. Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale, extrait de l'expertise collective Inserm « Déficiences intellectuelles ». Contraste. 2017; 46: 39-102.

4- Assemblée nationale et Sénat, Loi du 9 juillet 1976, relative à la lutte contre le tabagisme, [en ligne]. Journal Officiel, 4148, du 10 juillet 1976. [consulté le 12 novembre 2018] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000334398

5- Assemblée nationale et Sénat, Loi du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, [en ligne]. Journal Officiel, 10, du 12 janvier 1991. [consulté le 12 novembre 2018] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=20181112

6- Parlement européen et Conseil, Directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac. Journal Officiel, L194, du 18 juillet 2001, [en ligne] [consulté le 12 novembre 2018] disponible sur : https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32001L0037

7- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool CFES/INPES. Récapitulatif. 2015. [en ligne] [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/pdf/campagnes-alcool-v2.pdf

8- Ministère de la santé et des solidarités, Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. [en ligne] [consulté le 12 novembre 2018] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110034.htm

9- Ministère de la santé et des solidarités, Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. [en ligne]. Journal officiel, 229, du 3 octobre 2006. [consulté le 12 novembre 2018] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422967&categorieLien=id (consulté le 12/11/2018)

10- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. 2011. [en ligne] [consulté le 12 novembre 2018] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

11- Santé publique France. Journée mondiale du syndrome d'alcoolisation fœtale : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale. Communiqué de presse, [en ligne] Saint Maurice: 4 septembre 2018. [consulté le 12 novembre 2018] Disponible sur : https://urlz.fr/8IwG
12- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Campagnes antitabac du CFES 1976-2001. Récapitulatif. [en ligne] [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/docs/tabac-76-01.pdf
13- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Campagnes antitabac de l'Inpes 2002-2014. Récapitulatif. [en ligne] [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/docs/campagnes-tabac-02_14.pdf
14- Ameli.fr pour les médecins. La prise en charge du sevrage tabagique. mise à jour le 31/08/2018. [en ligne] [consulté le 12 novembre 2018] Disponible sur : https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique
15- Ministère des solidarités et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, rapport annuel 2017. [en ligne] [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf
16- Haute autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonnes pratiques. HAS; Mise à jour en octobre 2014.
17- Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Fiche mémo. HAS; 2013.
18- Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Issy-les-Moulineaux : SFA, 2014.
19- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Alcool et grossesse : comment en parler ? Actualisation des connaissances et repères pour la pratique professionnelle. ANPAA; 2009. [en ligne] [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : https://www.anpaa-hdf.fr/_docs/Fichier/2014/6-140711033020.pdf
20- Anderson P., Gual A., Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris: INPES; 2008.
21- Haute Autorité de Santé. Présentation de la méthode des 5A. Service de bonnes pratiques professionnelles. HAS; 2014.
22- Andler R, Cogordan C, Richard JB, et al. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Baromètre santé 2017 [en ligne] [consulté le 12 novembre 2018] Saint Maurice : Santé publique France, 2018. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf
23- Saurel-Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. BEH. 2013; 16-18: 180-4.
24- Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Pregnancy and substance use in France : a literature review. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014; 43: 649-56.

25- INSERM et DREES. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Enquête nationale périnatale 2016. [en ligne] 2017. [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
26- Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et l'évolution depuis 2003. [en ligne] 2011. [consulté le 23 janvier 2019] Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf
27- Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M-J, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. BEH 2018; 35-36: 694-703.
28- Haute Autorité de Santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus. Lille: HAS; 2004.
29- Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.
30- Olivier De Sardan J-P. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant. 2008.
31- Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer. Louvain-la Neuve: De Boeck Supérieur; 2014.
32- Jandard A. Perception des effets délétères du tabagisme sur la grossesse par les femmes nulligestes. Thèse de médecine. Université Saint Etienne; 2016.
33- Belle M. Risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse : connaissances et représentations des femmes nulligestes en âge de procréer. Thèse de médecine. Université de Saint Etienne; 2018
34- Santé Publique France. Alcool et grossesse : des français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise. [en ligne] Saint Maurice : Santé Publique France; 2017. [consulté le 23 janvier 2019]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Alcool-et-grossesse-des-Francais-de-plus-en-plus-conscients-des-risques-mais-la-vigilance-reste-de-mise
35- Douguet F, Fillaut T. Grossesse et alcool. Représentations et appropriation d'une priorité de santé. Paris: L'Harmattan; 2017.
36- Simmat-Durant L. Grossesse avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris: L'Harmattan; 2009. 67-87
37- Lançon C. Conduites addictives et processus de changement. Montrouge: JLE; 2013.
38- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, R Caird J, M Perlen S et al. Psychosocial Interventions for Supporting Women to Stop Smoking in Pregnancy. CDSR. 2017; 10.
39- Berlin N, Goldzahl L, Jusot F, Berlin I. Protocol for study of financial incentives for smoking cessation in pregnancy (FISCP): randomised, multicentre study. BMJ 2016; 6.
40- Ferreira C. Etat des lieux de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France. Mémoire de sage femme. Université d'Amiens; 2016.
41- Delcroix M-H. La grossesse et le tabac. 2ème éd. Paris: QSJ; 2017.
42- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Grossesse accueil de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels. Saint Denis: INPES; 2010. [en ligne] [consulté le 23 Janvier 2019] Disponible sur : https://urlz.fr/8O1l

VII. ANNEXES

1. Le script d'entretien

Bonjour, tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté notre entretien. Je me présente, je suis Julie Hurier, interne en médecine générale, et j'effectue un travail de recherche sur le vécu et le déroulement de la grossesse.

L'entretien sera enregistré, pour permettre de retranscrire mot à mot vos propos, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées.

A. La patiente, présentation et consommations :

- Maintenant si vous voulez bien, parlez-moi un peu de vous.

Questions de relance : Nom ? Prénom ? Age ? Profession ? Statut matrimonial? Nombre d'enfants ? Lieu d'accouchement ?

Mon travail de thèse aborde le thème du tabac et de l'alcool.

- Parlez-moi de votre consommation de tabac et d'alcool ?

Questions de relance : Pendant la grossesse ? Et avant la grossesse ?

B. Les représentations de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse :

a. Le tabac :

- Que représente pour vous le fait de fumer pendant la grossesse ?

Question de relance : qu'est-ce que ça vous évoque si je vous dis « tabac et grossesse » ?

- Que connaissez-vous des effets du tabac sur la grossesse ?

Questions de relance : Quels sont les effets sur le fœtus ? Sur la grossesse ?

A partir de quel moment ? A partir de quelle consommation ?

- Comment avez-vous vécu votre consommation de tabac ? Et/ou : comment avez-vous vécu le fait de ne pas fumer pendant la grossesse ?

Questions de relance : Et avec votre entourage ?

Quelles sont les personnes qui fument dans votre entourage ? Comment vous l'avez vécu ?

Quels sont les exemples qui vous ont marquée ?

Parlez-moi de votre dernière cigarette ?

b. L'alcool :

- Que représente pour vous le fait de boire de l'alcool pendant la grossesse ?

Question de relance : qu'est ce que ça vous évoque si je vous dis « alcool et grossesse » ?

- Que connaissez-vous des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?

Questions de relance : Quels sont les effets sur le fœtus ? Sur la grossesse ?

A partir de quel moment ? A partir de quelle consommation ?

- Comment avez-vous vécu votre consommation d'alcool ? Et/ou : comment avez-vous vécu le fait de ne pas boire pendant la grossesse ?

Questions de relance : Et avec votre entourage ? Pendant les repas de fêtes ?

Quels sont les exemples qui vous ont marquée ? Parlez-moi de votre dernier verre d'alcool ?

C. Facteurs freinant et facilitant l'arrêt de tabac et d'alcool pendant la grossesse :

- J'aimerais que vous me parliez de ce qui vous a aidée ou aurait pu vous aider à ne pas fumer pendant la grossesse.

- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour arrêter de fumer ?

- Quels sont les éléments qui vous ont, ou aurait pu vous aider à ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ?

- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour ne pas consommer d'alcool ?

Questions de relance :

Quel a été le rôle de votre entourage ?

Comment vous êtes-vous informée ? Quelles sont les personnes qui vous ont parlé de ce sujet pendant la grossesse ? Comment cela a agi sur votre comportement ?

2. Lettre destinée aux puéricultrices

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à Amiens, et j'effectue un travail de recherche sur le vécu et le déroulement de la grossesse. Pour cela, je rencontre des femmes ayant accouché récemment dans la Somme.

Si vous êtes intéressée pour participer à mon travail de thèse, la puéricultrice pourra me communiquer vos coordonnées téléphoniques pour que je vous contacte.

Nous conviendrons alors d'un rendez-vous, pour une rencontre individuelle, à la date et dans le lieu de votre choix (à votre domicile, dans le service de PMI, dans un autre lieu).

C'est un entretien totalement anonyme qui, avec votre accord, sera enregistré par un dictaphone pour me permettre de retranscrire mot à mot vos propos. Il est purement informatif, aucun jugement ne sera émis.

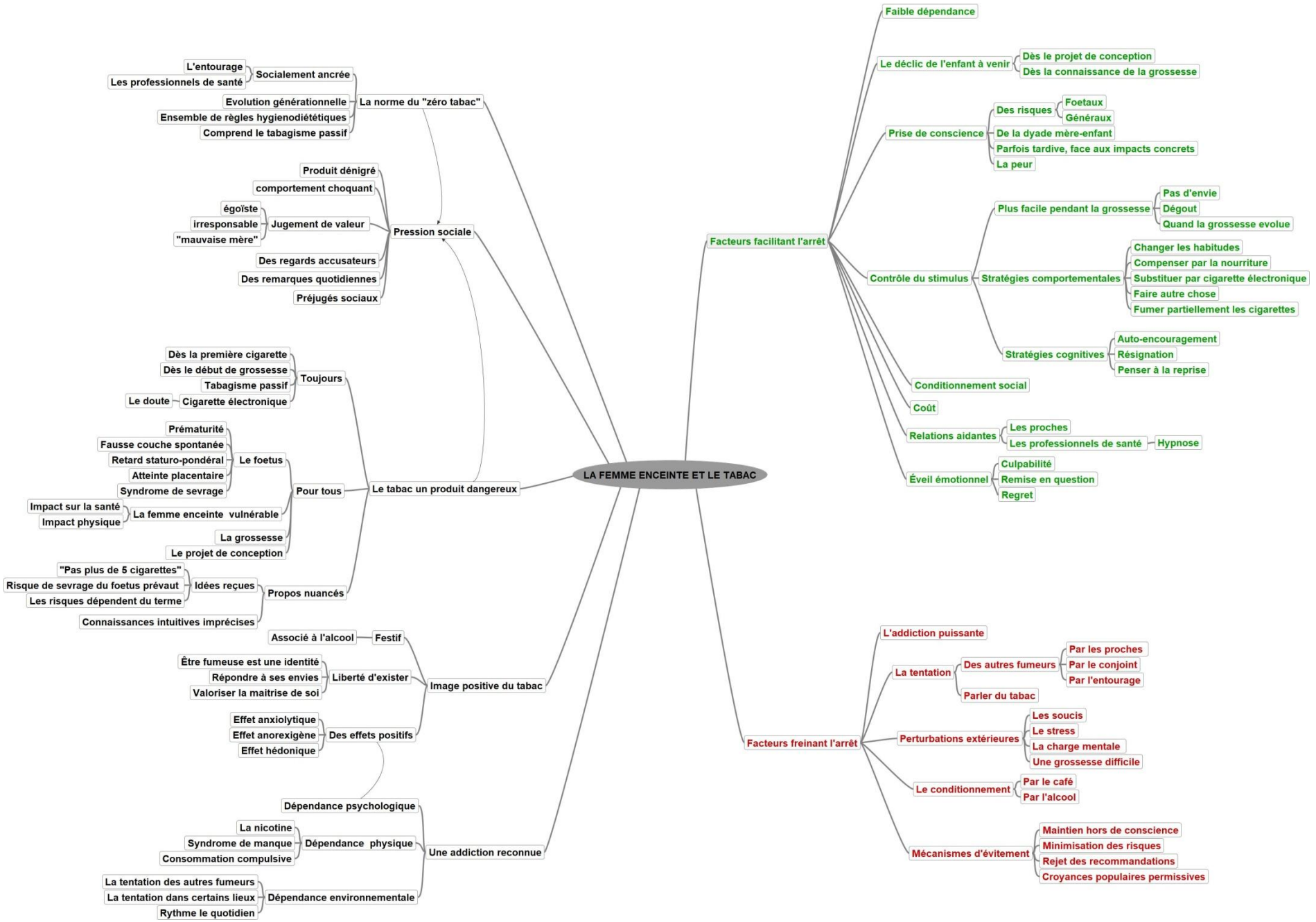
En espérant que vous me ferez l'honneur de participer à ce travail de recherche.

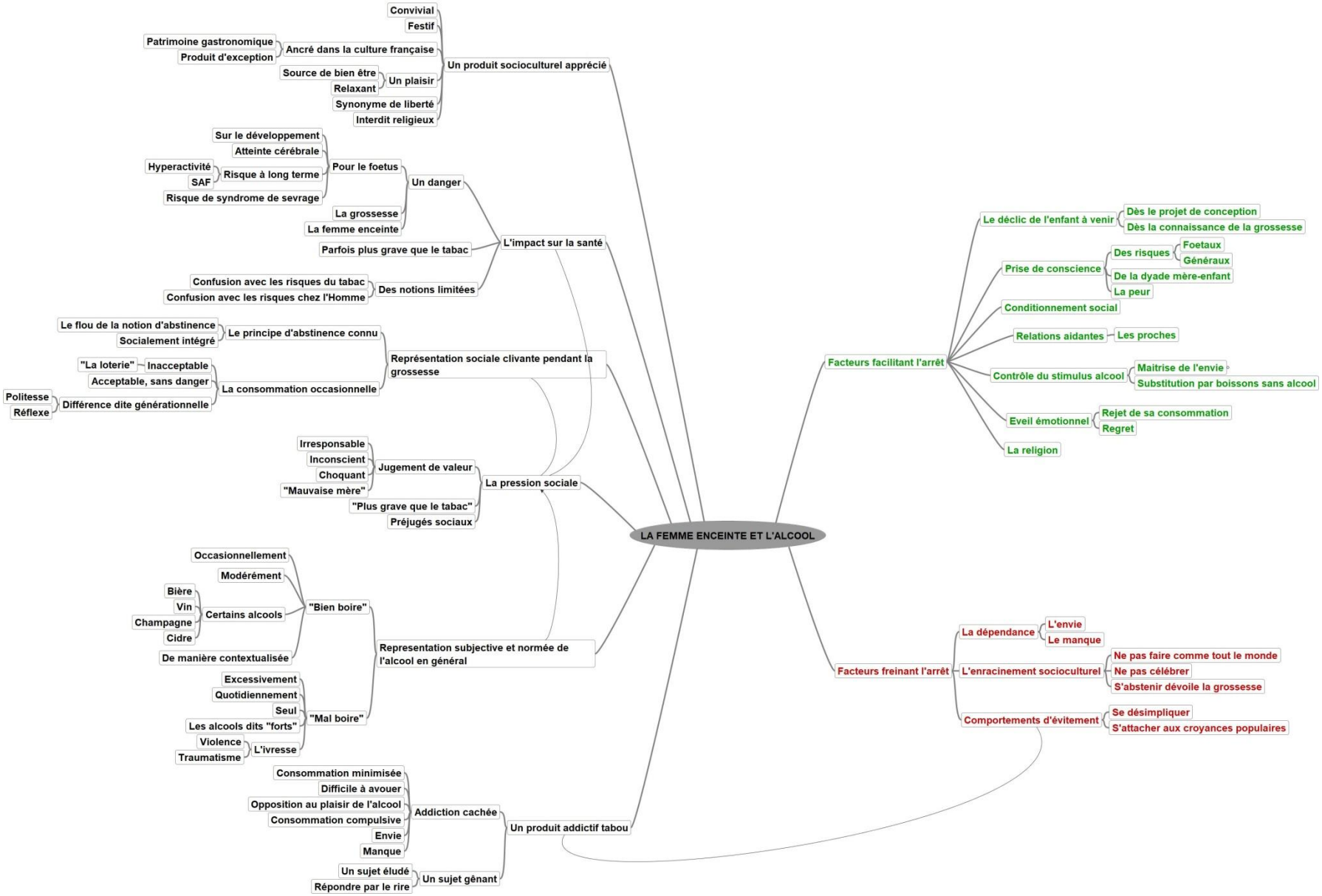
Hurier Julie

---

3. Les entretiens retranscrits (CD Rom)

4. Schématisation des thématiques obtenues par l'analyse des entretiens (papier et CD Rom)


LA FEMME ENCEINTE ET LE TABAC
Facteurs facilitant l'arrêt
Faible dépendance
Le déclic de l'enfant à venir
Dès le projet de conception
Dès la connaissance de la grossesse
Prise de conscience
Des risques
Foetaux
Généraux
De la dyade mère-enfant
Parfois tardive, face aux impacts concrets
La peur
Contrôle du stimulus
Plus facile pendant la grossesse
Pas d'envie
Dégout
Quand la grossesse evolue
Stratégies comportementales
Changer les habitudes
Compenser par la nourriture
Substituer par cigarette électronique
Faire autre chose
Fumer partiellement les cigarettes
Stratégies cognitives
Auto-encouragement
Résignation
Penser à la reprise
Conditionnement social
Coût
Relations aidantes
Les proches
Les professionnels de santé
Hypnose
Éveil émotionnel
Culpabilité
Remise en question
Regret
Facteurs freinant l'arrêt
L'addiction puissante
La tentation
Des autres fumeurs
Par les proches
Par le conjoint
Par l'entourage
Parler du tabac
Perturbations extérieures
Les soucis
Le stress
La charge mentale
Une grossesse difficile
Le conditionnement
Par le café
Par l'alcool
Mécanismes d'évitement
Maintien hors de conscience
Minimisation des risques
Rejet des recommandations
Croyances populaires permissives
Le tabac un produit dangereux
Pression sociale
La norme du "zéro tabac"
Socialement ancrée
L'entourage
Les professionnels de santé
Evolution générationnelle
Ensemble de règles hygienodiététiques
Comprend le tabagisme passif
Jugement de valeur
Produit dénigré
comportement choquant
égoïste
irresponsable
"mauvaise mère"
Des regards accusateurs
Des remarques quotidiennes
Préjugés sociaux
Pour tous
Toujours
Dès la première cigarette
Dès le début de grossesse
Tabagisme passif
Cigarette électronique
Le doute
Le foetus
Prématurité
Fausse couche spontanée
Retard staturo-pondéral
Atteinte placentaire
Syndrome de sevrage
La femme enceinte vulnérable
Impact sur la santé
Impact physique
La grossesse
Le projet de conception
Propos nuancés
Idées reçues
"Pas plus de 5 cigarettes"
Risque de sevrage du foetus prévaut
Les risques dépendent du terme
Connaissances intuitives imprécises
Image positive du tabac
Festif
Associé à l'alcool
Liberté d'exister
Être fumeuse est une identité
Répondre à ses envies
Valoriser la maitrise de soi
Des effets positifs
Effet anxiolytique
Effet anorexigène
Effet hédonique
Une addiction reconnue
Dépendance psychologique
Dépendance physique
La nicotine
Syndrome de manque
Consommation compulsive
Dépendance environnementale
La tentation des autres fumeurs
La tentation dans certains lieux
Rythme le quotidien


LA FEMME ENCEINTE ET L'ALCOOL
Facteurs facilitant l'arrêt
Le déclic de l'enfant à venir
Dès le projet de conception
Dès la connaissance de la grossesse
Prise de conscience
Des risques
Foetaux
Généraux
De la dyade mère-enfant
La peur
Conditionnement social
Relations aidantes
Les proches
Contrôle du stimulus alcool
Maitrise de l'envie
Substitution par boissons sans alcool
Eveil émotionnel
Rejet de sa consommation
Regret
La religion
Facteurs freinant l'arrêt
La dépendance
L'envie
Le manque
L'enracinement socioculturel
Ne pas faire comme tout le monde
Ne pas célébrer
S'abstenir dévoile la grossesse
Comportements d'évitement
Se désimpliquer
S'attacher aux croyances populaires
Un produit socioculturel apprécié
Convivial
Festif
Ancré dans la culture française
Patrimoine gastronomique
Produit d'exception
Un plaisir
Source de bien être
Relaxant
Synonyme de liberté
Interdit religieux
L'impact sur la santé
Un danger
Pour le foetus
Sur le développement
Atteinte cérébrale
Risque à long terme
Hyperactivité
SAF
Risque de syndrome de sevrage
La grossesse
La femme enceinte
Parfois plus grave que le tabac
Des notions limitées
Confusion avec les risques du tabac
Confusion avec les risques chez l'Homme
Représentation sociale clivante pendant la grossesse
Le principe d'abstinence connu
Le flou de la notion d'abstinence
Socialement intégré
La consommation occasionnelle
Inacceptable
"La loterie"
Acceptable, sans danger
Différence dite générationnelle
Politesse
Réflexe
La pression sociale
Jugement de valeur
Irresponsable
Inconscient
Choquant
"Mauvaise mère"
"Plus grave que le tabac"
Préjugés sociaux
Representation subjective et normée de l'alcool en général
"Bien boire"
Occasionnellement
Modérément
Certains alcools
Bière
Vin
Champagne
Cidre
De manière contextualisée
"Mal boire"
Excessivement
Quotidiennement
Seul
Les alcools dits "forts"
L'ivresse
Violence
Traumatisme
Un produit addictif tabou
Addiction cachée
Consommation minimisée
Difficile à avouer
Opposition au plaisir de l'alcool
Consommation compulsive
Envie
Manque
Un sujet gênant
Un sujet éludé
Répondre par le rire

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : Etude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme.

Les consommations de tabac et d'alcool chez la femme enceinte sont néfastes pour la grossesse et le développement du fœtus y compris à long terme. L'arrêt est un enjeu de santé publique, malgré les moyens mis en œuvre, il reste insuffisant. L'objectif était de connaitre les représentations des femmes concernant la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée. La population étudiée était les femmes en post partum dans la Somme. Les entretiens avaient lieu au sein de services de PMI ou à leur domicile. Un codage thématique a été réalisé avec triangulation partielle, jusqu'à saturation des données.

14 entretiens ont été analysés. Les dangers du tabac pendant la grossesse étaient généralement connus. La norme du « zéro tabac » était claire et pouvait engendrer une pression sociale. Pour les fumeuses, c'était un produit hédonique, thérapeutique, voire source d'émancipation et une addiction reconnue. La consommation d'alcool était normée avec une dimension socioculturelle majeure, entre fascination et profond rejet. Chez les femmes, de surcroit enceintes, c'était parfois tabou. Pendant la grossesse, l'impact de l'alcool sur la santé semblait évident, mais les risques spécifiques étaient mal connus. Deux visions s'opposaient, la règle du « zéro alcool » et la consommation occasionnelle acceptable.

Il est primordial de développer un accompagnement adapté et global. Le but est de renforcer la dynamique naturelle du changement addictif, décrit dans le modèle transthéorique.

L'étude des comportements addictifs pendant la grossesse est vaste et doit se poursuivre pour en améliorer la prise en charge.

Mots-clés : Grossesse, Alcool, Tabac, Recherche qualitative, Prévention, Santé publique, Modification du comportement

---

Actual experiences about the consumption of tobacco and alcohol during pregnancy : A qualitative survey among post-partum women in the Somme.

When a woman is pregnant, consuming tobacco and alcohol has disastrous consequences on the course of the pregnancy and the development of the foetus in the long run .Stopping is one public health issue, but despite all the means that are used, it remains insufficient .The target was to know what perception women had of consuming tobacco and alcohol while being pregnant.

A qualitative survey with semi-directed individual interviews has been done. The sample of population concerned was composed of post-partum women in the Somme. The interviews took place in the offices of the PMI or at their homes. A thematic coding was made with partial triangulation, up to saturation of the datas.

14 interviews have been analysed .The risks of smoking during pregnancy were generally known. The norm of «no tobacco» was clear and could cause a social pressure. Smoking women considered it as a hedonistic and therapeutic product, even a source of emancipation and an acknowledged addiction. Consuming alcohol was normed with a major sociocultural dimension, between fascination and profound rejection. Among women, especially pregnant ones, it was sometimes a taboo. During pregnancy, the impact of alcohol on health seemed obvious, but the specific risks were not well-known. Two views were opposite, the rule of «no alcohol» and the tolerable occasional drinking.
.
It is really essential to develop a global and adapted support. The aim is to reinforce the natural dynamics of the addictive change described in the transtheorical model.

The survey of addictive behaviours during pregnancy is huge and has to go on in order to improve their handling.

Keywords : Pregnancy, Alcohol, Tobacco, Qualitative research, Prevention, Public health, Behavior modification